Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Christian von Ferber

DER PATIENT IM SPANNUNGSFELD DER INSTITUTIONEN

Eine Beschreibung und Auswertung
sozialmedizinischer Beratungstätigkeit

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

KÄTE DÄUBLIN

1983

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543915_0025

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Christian von Ferber

DER PATIENT
IM SPANNUNGSFELD DER INSTITUTIONEN

Eine Beschreibung und Auswertung sozialmedizinischer Beratungstätigkeit

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
vorgelegt von

KÄTE DÄUBLIN
1983

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.:
Prof. Dr. H.Th. Brüster

Referent
gez.:
Prof. Dr. Chr. von Ferber

Korreferent
gez.:
Prof. Dr. A. Heigl-Evers

Die Vorlage dieser Niederschrift ist verbunden mit Dankbarkeit gegenüber allen, die meinen Werdegang ermöglichten.

Herrn Prof. Dr. Christian von Ferber danke ich von Herzen für die fachlichen Anregungen bei der Bearbeitung des Themas und für die verständnisvolle Betreuung während der Ausarbeitungszeit.

Ebenso richtet sich mein Dank an die Versicherten wie an die Geschäftsführung und den Vorstand der betreffenden Krankenkasse.

Eine langjährige Zusammenarbeit als wesentliche Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung verbindet mich mit den Kollegen in Klinik und Praxis sowie mit allen Mitarbeitern.

Herzlicher Dank gilt meinen Kindern
BARBARA und GERHARD
Durch geduldiges Verstehen und Verzichten
haben sie maßgeblichen Anteil
an der Fertigstellung dieser Arbeit
die ihnen gewidmet ist.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Teil I	HINFÜHRUNG ZUM THEMA	1
	1. Der Kranke als Auftraggeber	2
	2. Verständigungsmerkmale zwischen Krankem und Arzt	6
	3. Entwicklung der Sozialversicherung	13
	4. Folgeentwicklungen	20
	5. Gemeinsame Aufgaben	26
	6. Gesetzliche Bestimmungen und Schlußfolgerungen	32
Teil II	ALLGEMEINER BERICHTSTEIL	40
	1. Beratungssituation	40
	2. Beschreibung der Arbeitsweise	47
	2.1. Mitarbeiterkreis und Arbeitseinteilung	47
	2.2. Gesprächsrahmen	52
	2.3. Gesprächsführung	57
Teil III	SPEZIELLER BERICHTSTEIL ANHAND DER PROTOKOLLE	70
	1. Welcher Patient kommt?	72
	1.1. Altersverteilung	72
	1.2. Geschlechtsverteilung	73
	1.3. Familienstand	74
	1.4. Versicherungsverhältnis	75
	1.5. Arbeitsverhältnis	76
	1.6. Staatsangehörigkeit	78
	1.7. Resümee	80
	2. Woher kommt der Patient?	81
	2.1. Berufsbedingte Zuständigkeit	82
	2.2. Laieninitiative	83
	2.3. Persönlicher Bekanntheitsgrad	84
	2.4. Resümee	85

3. Welches Problem hat der Patient? 85

3.1. Probleme der vom Arzt kommenden Patienten 86

3.2. Probleme der von der Krankenkasse kommenden Patienten 89

3.2.1. Probleme aus der Gruppe der Verwaltungsberufe 92

3.2.2. Probleme aus der Gruppe der helfenden Berufe 94

3.3. Probleme der von sich aus kommenden Patienten 95

3.4. Resümee 100

4. Problembearbeitung 101

4.1. Problembearbeitung bei der PATIENTEN-GRUPPE 102

4.2. Problembearbeitung bei der KASSEN-GRUPPE 106

4.3. Problembearbeitung bei der ARZT-GRUPPE 109

4.4. Resümee 112

5. Problemlösungen 114

5.1. Durch eigene Hilfe angestrebte Problemlösungen 119

5.2. Durch ärztliche Hilfe angestrebte Problemlösungen 123

5.3. Durch soziale Hilfen angestrebte Problemlösungen 128

5.4. Hilfen für die in der Zwischenzeit verstorbenen Patienten 130

5.5. Resümee 132

6. Von der beratenden Ärztin angesprochene Kontakte zur Problemlösung 136

7. Vorherige Anlaufstellen des Patienten 143

Teil	IV	ZUSAMMENFASSUNG	148
		1. Personenkreis	149
		2. Vorgetragene Probleme	150
		3. Problembearbeitung	154
		4. Problemlösung	156
		5. Kontakte	157
		6. Schlußfolgerungen	158
Teil	V	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	161
Teil	VI	ANHANG	164
		Literaturanmerkungen	164
		Literaturverzeichnis	172
		Kurzprotokoll (Muster)	179

Teil I H I N F Ü H R U N G Z U M T H E M A

"Ohne mich können Sie ja gar nichts anfangen!"

Diese Worte eines Gußkontrolleurs an die beratende Ärztin einer Allgemeinen Ortskrankenkasse sind einem der Gespräche entnommen, die dieser Niederschrift zugrundeliegen. Sie fordern auf, Beziehungen und Verständigungsmerkmale zu beleuchten.

Wie verhalten sich Arzt und Krankenkasse im Hinblick auf den Patienten? Erreichen die Einrichtungen der ärztlichen Versorgung und der sozialen Betreuung das Bedürfnis des einzelnen Bürgers, in dessen Auftrag diese Institutionen existieren? Wie haben sich die zuständigen Einrichtungen in der Zeit ihres Bestehens verändert? Sind durch notwendige Entwicklungen Folgeprobleme für den Einzelnen entstanden? Und können solche Folgeprobleme im Interesse des einzelnen Betroffenen abgearbeitet werden?

Diesen Fragen soll anhand vorliegender Literatur nachgegangen werden, ehe eine Beschreibung und Auswertung der praktischen Arbeit folgt.

1. Der Kranke als Auftraggeber

Ein Rückblick auf die Geschichte der Medizin zeigt den Beruf des Heilkundigen wie denjenigen des Priesters, des Richters und des Lehrers als einen der Urberufe. Diese wurden nicht eingesetzt oder erfunden, sondern ihre Notwendigkeit hat sich aus den Erfordernissen und Bedürfnissen eines Einzelnen und einer Gemeinschaft ergeben (SEIDLER, 1979)[1]. In manchen alten Kulturen gehörte der Arzt zum Priesterstand, und in der Bibel wird Christus - der Retter - häufig mit einem Arzt verglichen[2]. Diese hohe Achtung vor dem Arztberuf unterstreicht die Bedeutung, die der Befriedigung von vitalen Bedürfnissen zu allen Zeiten gegolten hat. Not, Elend und Leid des je Einzelnen erfordern, daß ein Kundiger handelnd und heilend die Not zu wenden versteht. Somit steht der Heilkundige im Dienste des Heilung-Suchenden; denn "Objekt und Auftraggeber der Heilkunde ist der Mensch als körperliches, seelisch und historisch-soziales Wesen. Medizinisches Handeln erhält damit - einschließlich seiner dienenden Voraussetzungen in den Wissenschaften - seine Relevanz ausschließlich durch den Auftrag, das lebenswichtige Sozialbedürfnis des Menschen nach Gesundheit und Wohlbefinden zu befriedigen" (SEIDLER, 1975)[3]. Der in Not geratene leidende Mensch ist also sowohl Objekt der Heilkunde wie auch ihr Auftraggeber, und er ist gleichfalls Auftraggeber an die Wissenschaften. Karl-Eduard ROTHSCHUH hebt hervor, daß die Wissenschaften die Dienerinnen der Medizin seien und nicht umgekehrt. "Der Zweck der Heilkunde ist die Befriedigung eines Bedürfnisses" und "die Medizin wendet Wissenschaften an, aber sie ist keine Wissenschaft. Der Arzt wird primär um der Hilfe willen, sekundär um der Erkenntnis willen gerufen" (ROTHSCHUH, 1965)[4]. Und an anderer Stelle heißt es:

> "So definiert, versteht sich die Heilkunde ganz von ihren Zielen her. In ihr dient alles und jedes unmittelbar oder mittelbar einem Zweck innerhalb der oben umschriebenen Aufgaben. Jede wissenschaftliche Erkenntnis der Physik, Chemie, Anatomie, Physiologie, Pathologie usw. hat eine dienende Funktion innerhalb der Heilkunde - in diesem Wort wird das Ziel deutlich genannt - und ist stets nur Mittel zum Zweck" (ROTHSCHUH, 1965)[5].

Auf diesem wissenschaftlichen Fundament einer Heilkunde mit dienender Funktion wird agiert. Als Handelnde begegnen sich ein Leidender, ein Hilfe-Suchender, ein Behandlung-Erwartender sowie ein Nicht-Leidender, ein der Hilfe-Kundiger, ein Behandelnder. Beiden Akteuren ist gemeinsam, daß sie als Menschen eingebunden sind in das Spannungsfeld zwischen Krankheit und Gesundheit. Vor diesem ihnen in ihrer eigenen Mängelhaftigkeit gemeinsamen Hintergrund beginnt eine Szene, die durch ein Hilfesuchverhalten eröffnet wird. Der Beginn des Geschehens liegt beim Patienten; der Leidende verhält sich nämlich wie Heinrich SCHIPPERGES das u.a. beschrieben hat:

> "er isoliert sich, sein Tagesrhythmus ist gestört, er wird passiv, hilflos, infantil. Der Mensch liegt flach da, wie ein Kind, er sucht bei Freunden Rat, beansprucht fremde Hilfe; er wird unlustig, ängstlich, abhängig, bedürftig" (SCHIPPERGES, 1979)[6].

Und dieses Verhalten ist verstehbar - es spricht eine deutliche Sprache, die allerdings in ihrer Phänomenologie nicht einmal ansatzweise untersucht wurde (SCHIPPERGES, 1979)[7], sowie es auch eine Geschichte des Patienten noch nicht gibt (SCHIPPERGES, 1976)[8]. -

Von dieser Ursituation ausgehend beschrieb Viktor-Emil Freiherr von GEBSATTEL das Angesprochenwerden von der Not, die eigentlich noch nicht den Arzt sondern den Mitmenschen anspricht:

> "Der Not, so könnte man sagen, eignet Rufcharakter. Dieser eignet der Not, gleichgültig, ob der Ruf ertönt, oder ob die Not, in der Weise schmerzlichen Verstummens, gleichsam nur zum Himmel schreit. Aber auch als erstickter Ruf sucht die Not den Hörer, denn in sich verfangen erstickt die Seele des Notleidenden, in der Anteilnahme des Anderen aber atmet sie wieder" (von GEBSATTEL, 1953)[9].

Das mit der Not beginnende Geschehen wird gehört, und dieses Hören bedingt Antwort. "In ihrer Rufgestalt sucht die Not Antwort, und die Antwort, die sie sucht, heißt Hilfe" (von GEBSATTEL, 1953)[10]. - Mit dieser Antwort entwickelt sich zwischen der Not des Leidenden und der Hilfe des Kundigen eine Beziehung, in der beide Beteiligten aufeinander angewiesen sind. Das Vorbringen von Beschwerden einerseits sowie das Erkennen und Lindern von Beschwerden andererseits schaffen eine Verbindung zwischen Patient und Arzt, die zu einem Bündnis werden kann, in welchem der Patient in seinem

ihm helfenden Arzt unter Umständen seinen Verbündeten erkennt. Es ist also eine Gemeinschaft zwischen Not und Hilfe entstanden, in der sich die beiden Beteiligten zueinander verhalten wie zwei Pole.

Doch dieses szenische Geschehen auf dem Fundament der Heilkunde und vor dem Hintergrund von Krankheit und Gesundheit geschieht nicht nur zwischen den beiden Polen von Not und Hilfe, sondern Hilfe-Suchen als Verhalten ist zunächst ungerichtet, ungezielt; und es wird nicht nur von dem Einzelnen, dem der Hilfe Kundigen verstanden, sondern von Mitmenschen, von Mitgliedern einer Gemeinschaft, die als Familie oder Arbeitsplatz in Erscheinung treten, ebenso wie auch Antwort als Hilfeleistung eingebunden ist in eine Gemeinschaft, die nicht allein die ärztliche Versorgung umfaßt. - Das bedeutet, daß das Geschehen der Ursituation von Not und Hilfe trotz seiner Einmaligkeit und Intimität, trotz der sich ergebenden personalen Arzt-Patient-Beziehung, die konstitutiv für die Aufgabe des Arztes bleibt (SEIDLER, 1979)[11], hineingestellt ist in das umgebende Geschehen einer Gemeinschaft, einer Öffentlichkeit, aus der jeder der Beteiligten kommt, und in die jeder zurücktaucht, wenn das Geschehen beendet ist. Das Bild einer griechischen Tragödie schiebt sich ein, die ohne den Chor als beispielsweisen Vertreter einer Volksmeinung nicht vorstellbar ist. Dieser Chor - die Gemeinschaft, Gesellschaft, Öffentlichkeit - ist von dem Geschehen um Not und Hilfe herum nicht wegzudenken; er ist in jeder Hinsicht in das Geschehen mit einbezogen. Der Leidende bedarf der Hilfe und des Schutzes einer Gemeinschaft. Mit seiner Antwort und mit seiner Verantwortung wird der Helfende von dieser für ihn verbindlichen Gemeinschaft mit Aufgaben, Rechten und Befugnissen betraut. Und schließlich muß eben diese Gemeinschaft unter Vertretung und Wahrung eines bonum commune ein existentielles Interesse an der Pflege der Gesundheit und an der Behebung von Krankheit haben, da sie - die Gemeinschaft nämlich, der Leidender und Helfender als potentielle Mängelwesen gleichermaßen angehören - die Mittel bereitstellt, damit die Not gewendet werden kann.

Wenn im Folgenden die Begriffe von Gesundheit und Krankheit benutzt werden müssen, ohne daß auf deren Begriffsdefinitionen eingegangen werden könnte, so sei zuvor ein Ausspruch von dem Heidelberger Kliniker Ludolf von KREHL aus dem Jahre 1913 zitiert: "Es gibt keine Krankheiten, sondern nur Kranke" (HARTMANN, 1966)[12]. Dieser Ausspruch findet in einer Äußerung von Arthur JORES seine praktische Fortsetzung, wenn er schreibt:

> "Daß es in Wirklichkeit keine Krankheiten, sondern immer nur kranke Menschen gibt, ist allerdings von vielen Klinikern in den letzten Jahrzehnten immer wieder und wieder betont worden, aber leider hat es damit sein Bewenden. Es hat noch kaum jemand wirklich Ernst mit dieser Forderung gemacht" (JORES, 1969)[13].

Um jedoch auf die sozialen Grundgegebenheiten eingehen zu können, muß der Begriff 'Krankheit' benutzt werden, damit die Beziehungen zwischen Krankheit, Krankem, Arzt und Gesellschaft deutlich gemacht werden können. Von Karl-Eduard ROTHSCHUH ist Krankheit als eine dreieckige Ebene in einem Diagramm veranschaulicht worden, an deren Eckpunkten die Standorte der an dem Geschehen von Krankheit wichtigsten Beteiligten - nämlich Kranker, Arzt und Gesellschaft - festgemacht sind, wobei für jeden dieser Beteiligten Krankheit etwas anderes bedeutet (ROTHSCHUH, 1975)[14]. In einem weiteren Diagramm wird herausdifferenziert, als was Krankheit für die drei Beteiligten erscheint. Danach tritt Krankheit jeweils in anderen Bezügen auf; verschiedene Blickrichtungen lassen andere Seiten von Krankheit in Erscheinung treten (ROTHSCHUH, 1975)[15]. Wenn damit aber festgehalten werden kann, daß der Kranke infolge seiner Krankheit in Beziehung tritt zu Arzt und Gesellschaft, wenn der Arzt infolge Krankheit in Beziehung tritt zu Krankem und Gesellschaft, und wenn infolge Krankheit die Gesellschaft in Beziehung tritt zu Krankem und Arzt, so scheint es sinnvoll, zunächst einmal die Verständigungsmerkmale zwischen Arzt und Krankem zu betrachten.

2. Verständigungsmerkmale zwischen Krankem und Arzt

Mit der Ausgangssituation von Not und Hilfe, mit der Gebärde von Not und der Antworthandlung von Hilfe beginnend kann gefolgert werden, daß zwischen Arzt und Patient ein wechselseitiger Prozeß abläuft, der durch eine außerordentlich vielschichtige Dynamik charakterisiert ist, deren Analyse unter Berücksichtigung aller einwirkenden Aspekte kaum mehr möglich sein dürfte. Es kann daher im Folgenden nur versucht werden, einige wenige Beispiele aus der Literatur heranzuziehen, um die Vielfalt der Interaktionsmuster anzudeuten. Den Mut zu solchem Unterfangen, ein "multidimensionales und multifaktorielles Problembewußtsein" zu wecken, haben die Medizinhistoriker aufgebracht, die auch als die "unspezialisierten Problemspezialisten der Medizin und als disziplinintegrierende Theoretiker" apostrophiert werden (SCHIPPERGES, 1976)[16]. -

Als gleichbleibendes, auch allen folgenden Aspekten stets zugrundeliegendes Problem bleibt bestehen, daß die Verständigung zwischen Leidendem und Helfendem durch ein Gefälle bestimmt ist. Sowohl die Angst vor dem unerklärlichen Befallenwerden von Krankheit wie die Furcht vor dem Wissen dessen,der diese geheimnisvolle Not zu wenden versteht, begründet ein Interaktionsgefälle zwischen Not und Hilfe, zwischen Nicht-Wissen und Wissen, zwischen Schwäche und Stärke, zwischen Vertrauen und Verheißung (SEIDLER, 1979)[17]. Damit steht der Arzt durch die Angst des Anderen - ähnlich dem Priester - als Geheimnisträger a priori im Numinosen. Die Ritualisierungstendenzen dieser Grundgegebenheit sind als Folgeprobleme bekannt (SEIDLER, 1972)[18]. -

Wenn Asmus FINZEN schreibt, daß jede Medizin den Geist der Kultur spiegelt, in der sie ausgeübt wird (FINZEN, 1969)[19], so heißt das, daß auch die Art des Umgangs zwischen Arzt und Patient ein Folgegeschehen ist, das sein Gewicht durch die jeweilige Bedeutung erhält, die Krankheit für den Stamm, für die Gemeinschaft, für deren Lebensauffassung und Lebens-

aufgaben gerade hat. Am Beispiel verschiedenster Naturvölker, z.B. der Cheyenne-Indianer, der Thongas, der Dobus und der Zunis (FINZEN, 1969)[20] wurde die daraus erwachsende Vielschichtigkeit interaktionellen Geschehens nachgewiesen. -

Auf das klassische Griechenland, auf den Geist der Antike - und nicht zuletzt auf den Eid des Hippokrates (SIGERIST, 1954)[21], und dessen mögliche Betrachtungsweisen (SIEFERT, 1973)[22] wird stets mit gebührender Ehrfurcht aufgeblickt. - In seiner Beschreibung der Arzt-Patient-Beziehung im klassischen Griechenland hebt Pedro LAIN ENTRALGO unter Berücksichtigung philosophischer Begriffsdefinitionen die Stellung des Arztes in der Antike als "Freund des Menschen" und als "Freund der Medizin" hervor. Um den Öffentlichkeitscharakter der Medizin zu beleuchten, wird Plato zitiert, der ein lebendiges Bild von der Ausübung des Arztberufes in den griechischen Städten entwickelt hat. Zu den von Plato beobachteten unterschiedlichen Behandlungsmethoden schreibt LAIN ENTRALGO: "... die Sklaven wurden in der Regel nicht von den eigentlichen Ärzten behandelt, nicht von den Asklepiaden, ... Patient und Arzt sprachen kaum miteinander, ... die Kranken wurden unterschiedslos über den Einheitskamm einer allgemeinen Norm geschoren und nach Tyrannenart ... versuchte der Heilkundige den Lauf der Natur mit seinen Verschreibungen zu beherrschen". Den freien reichen Patienten gegenüber war jedoch das Verhalten des Arztes vollkommen anders, "die ausgesuchteste individuelle Behandlung war oberstes Gesetz". Und weiterhin schildert LAIN ENTRALGO nach Plato eine Behandlungsepisode:

> "Wenn ein Zimmermann krank ist, ... so läßt er es sich wohl gefallen, ein Mittel vom Arzt herunterzuschlucken, um die Krankheit wegzuspeien, oder sich von unten reinigen zu lassen, oder auch Brennen und Schneiden, um sie loszuwerden. Wenn ihm aber einer eine kleinliche Lebensordnung vorschreiben wollte, ihm Umschläge um den Kopf legen und was dergleichen mehr ist, so sagt er gewiß bald genug, er habe keine Zeit, krank zu sein, und es helfe ihm auch nicht zu leben, wenn er immer auf die Krankheit achthaben und sein vorliegendes Geschäft vernachlässigen solle; und somit sagt er einem solchen Arzte Lebewohl, begibt sich in seine gewohnte Lebensordnung zurück, und wenn er gesund wird, lebt er in seinem Geschäft

> weiter fort, wenn aber der Körper es nicht ertragen kann, so stirbt er eben und ist aller Händel ledig" (LAIN ENTRALGO, 1969)[23]. -

Wie die Begegnungen zwischen Arzt und Patient abgelaufen sein mögen, geht auch aus einer anderen Schilderung hervor, in der auf die geringe Zahl der Ärzte und die Versorgung der Bevölkerung durch Wanderärzte hingewiesen wird.

> "... der Arzt kam in eine Stadt, zog von Tür zu Tür und bot seine Dienste an ... die Patienten kamen oder wurden ihm gebracht. Bald wimmelte der Raum von Verwandten und Freunden, die zuschauten, wie der Doktor die Kranken untersuchte und behandelte. Ein ungestörtes, vertrauliches Zusammensein von Arzt und Patient war also wohl kaum möglich" (SIGERIST, 1954)[24]. -

Mag also der Arzt als "Freund des Menschen" und als "Freund der Medizin" eine wichtige Stellung gehabt haben, so wird doch die unmittelbare Beziehung zwischen Hilfsbedürftigem und Heilendem nicht zu übersehende Probleme gehabt haben. Denn "das Griechentum pries die körperlich und geistig Gesunden und sah in der Krankheit ein Merkmal der Minderwertigkeit" (SIGERIST, 1954)[25]; chronische Krankheit und Siechtum hatten im klassischen Griechenland soziale Isolierung und Deklassierung zur Folge (KUDLIEN, 1967)[26] und "auf die Unfähigkeit der hippokratischen Medizin, die Rolle der Seele bei den Krankheiten der Menschen zu erkennen" hat bereits Sokrates hingewiesen (LAIN ENTRALGO, 1969)[27]. Die klassische Antike mit ihrem Streben nach Gesundheit und Harmonie in Philosophie, Gesellschaft und Medizin, mit der Verherrlichung der Gesundheit als dem erstrebenswerten Ziel, sah in der Position des Arztes einen "sozialen Faktor von hoher Wertigkeit"; und die Forderungen an die ärztliche Kunst bedeuteten einen Geltungsanspruch, der zugleich ein neues Interaktionsgefälle zwischen Heilkunde und Gesellschaft, zwischen Arzt und Patient aufbauen half (SEIDLER, 1975)[28]. -

Mit der Ausbreitung der christlichen Lehre hat sich eine grundsätzliche Wandlung in der Beziehung zwischen dem Hilfsbedürftigen und dem Helfenden vollzogen. Von Christus werden die Gebote der Barmherzigkeit[29] und der Nächstenliebe aufgestellt: "Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst"[30], und es folgt die Verheißung: "Was ihr getan habt einem unter

diesen meinen geringsten Brüdern, das habt ihr mir getan"[31]. Diese Einstellung zum hinfälligen Nächsten führte im Mittelalter zu einer tätigen Umsetzung der Begriffe 'agape' und 'caritas' als ein "Verströmen der Persönlichkeit dem wirklichen Sein und den Nöten der Anderen entgegen, gleichviel ob sie nun Freunde oder einfach Nächste sind" (LAIN ENTRALGO, 1969)[32]. In diesem Zusammenhang seien der Ausspruch AUGUSTINS, "ama et fac quod vis", die Ordensregeln des BENEDIKT von NURSIA und der Hildegard von BINGEN, die "sich als Mutter des Volkes dem Nächsten in allen Nöten des Leibes und der Seele liebevoll zuwendet"[33], genannt. Doch neben diesen Beispielen aus der Klostermedizin muß hinsichtlich der Merkmale einer Verständigung zwischen Arzt und Patient auch die beginnende akademische Disziplin der Heilkunde an den neugegründeten Universitäten bedacht werden (SEIDLER, 1975)[34]. Es muß hinzugefügt werden, daß der Beruf des Arztes nicht allein ein Auftrag Gottes war, sondern einfach ein Mittel, mit dem man sich seinen eigenen Lebensunterhalt verdienen konnte (SIGERIST, 1954)[35], und daß durch die allmähliche Ordnung der zwischenmenschlichen Beziehungen durch Gesetze - nicht zuletzt als Folge der verheerenden Wirkungen der Seuchen - das "Vertrauens- oder Mißtrauensverhältnis zwischen dem Kranken und dem Arzt bald eine Wendung ins Vertragsmäßige" bekam (LAIN ENTRALGO, 1969)[36], so daß die 'medizinische Freundschaft' unter die "Fuchtel des geschriebenen Gesetzes" geriet (LAIN ENTRALGO, 1969)[37] und Staat sowie Gesellschaft in immer stärkerem Maße das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient prägten. -

Die Probleme einer Verständigung zwischen Arzt und Patient werden noch verwirrender durch die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin in den folgenden Jahrhunderten. Mit den für die Medizin bahnbrechenden Entdeckungen bekam das Objekt der Krankheit seinen folgenschweren Platz. Die Begegnung zwischen Arzt und Patient wurde wesentlich verändert dadurch, daß der Arzt es mehr mit dem "Objekt der Krankheit" als mit der "Person des Kranken" zu tun hatte (SCHIPPERGES, 1979)[38]. "Das wirkliche Heiligtum der Medizin ist das Laboratorium",

sagte Claude BERNARD (LAIN ENTRALGO, 1969)[39]. Und an gleicher Stelle wird Viktor von WEIZSÄCKER zitiert: "Die Krankenhausvisite des jungen Assistenten dauerte nicht lange, aber seine Arbeit im Labor nahm viele Stunden des Tages und der Nacht in Anspruch", so daß der Gedanke an das Veränderbare und an das Machbare, an das Reparierbare jedwedes Miteinander von Arzt und Patient nachhaltig prägen mußte.

> "Er (der Arzt) tritt vor ein Objekt, welches er ausforscht, ausklopft, aushorcht, ausspäht, und die rechts und links liegenden Familienverhältnisse ändern daran gar nichts: der Kranke wird zum Gegenstand"

äußerte in dieser Zeit der Arzt Robert VOLZ (SCHIPPERGES, 1979)[40].

Die einmalige Intimität einer Verständigung zwischen Arzt und Patient ist weiterhin von den jeweils bestimmenden Zeitströmungen abhängig. Wandelt sich für Staat und Gesellschaft die Bedeutung der Begriffe 'Gesundheit' und 'Krankheit', so wirkt sich dieser Bedeutungswandel auch auf die jeweilige Aufgabe und Rolle aus, die Arzt und Patient in diesem System haben. Beispielsweise war für die Zeit des aufgeklärten Absolutismus mit dem Gedanken an das Machbare die Entwicklung einer "medizinischen Polizei" kennzeichnend. Denn nachdem der Staat erkannt hatte, daß jeder einzelne Bürger als Arbeitskraft wertvoll war, entsprach es auch den Pflichten der Obrigkeit und dem Eigennutz des Staates, für die Gesundheit jedes Einzelnen zu sorgen (SEIDLER, 1975)[41]. Namen wie Jean Jacques ROUSSEAU, Johann Peter FRANK und Franz Anton MAI sowie Christoph Wilhelm HUFELAND ("Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern") stehen für diese Gesundheitsbewegung, "die jedoch bald ihre Schwungkraft verloren hatte. Sie sollte erst zu neuem Leben erwachen, als es die durch die industriellen Umwälzungen geschaffene Notlage erforderte" (SIGERIST, 1954)[42]. -

Die verheerenden, durch das Zeitalter der Technik und der Industrialisierung bedingten Notstände innerhalb weiter Bevölkerungsgruppen haben den Arzt wiederum an neue Aufgaben herangeführt. LAIN ENTRALGO spricht vom Arzt in der Rolle eines Helden, wenn er an die Untersuchungen von C. Turner

THACKRAH aus Leeds und an den Bericht von Edwin CHADWICK erinnert (LAIN ENTRALGO, 1969)[43]. In Frankreich sind im Kampf gegen soziale Mißstände umfangreiche und das Detail berücksichtigende Untersuchungen an 760.000 Arbeitern durch Louis-René VILLERMÉ (1782-1863) durchgeführt worden, die die unterschiedliche Lebenserwartung bei Arm und Reich aufdeckten (SEIDLER, 1966)[44]. Und in Deutschland waren die Untersuchungen von Rudolf von VIRCHOW wegen des "außerordentlichen wissenschaftlichen Ranges seines Verfassers wie auch wegen der Wichtigkeit der geschilderten Tatsachen" (LAIN ENTRALGO, 1969)[45] von bahnbrechender Bedeutung. In seiner Schrift "Der Armenarzt" äußert VIRCHOW im Jahre 1848: "Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen" (DEPPE, REGUS, 1975)[46]. In seinen Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie fordert VIRCHOW 1849 unter dem Thema "Sorge für die Zukunft":

> "... die Medizin hat uns unmerklich in das soziale Gebiet geführt und uns in die Lage gebracht, jetzt selbst an die großen Fragen unserer Zeit zu stoßen. Bedenke man wohl, es handelt sich für uns nicht mehr um die Behandlung dieses oder jenes Typhus-Kranken durch Arzneimittel und Regulierung der Nahrung, Wohnung und Kleidung; nein, die Kultur von anderthalb Millionen unserer Mitbürger, die sich auf der untersten Stufe moralischer und physischer Gesundheit befinden, ist unsere Aufgabe geworden" (DEPPE, REGUS, 1975)[47].

Indem sich die Medizin diesen neuen sozialen Anforderungen zuwendet - eine Entwicklung, die auch die Fachgebiete der Bakteriologie und Hygiene einschließt - wird deutlich, daß in die Begegnung von Arzt und Patient alle Disziplinen hineingreifen, die sowohl naturwissenschaftliche wie auch gesellschaftliche und seelische Dimensionen umfassen. Im Hinblick auf die Reaktion der bürgerlichen Gesellschaft spricht LAIN ENTRALGO vom "Aufstand des Subjekts" und dem "Inhaber eines Rechts" mit dem Anspruch auf kostenlose Behandlung oder Entschädigung (LAIN ENTRALGO, 1969)[48]. Daß in dieser Zeit des Umbruchs die Verständigungsmerkmale zwischen Arzt und Patient dennoch durch eine patriarchalische Führungsposition bestimmt werden, wird durch Zitate belegt. Durch

Stimme, Wortwahl und Habitus sei zu zeigen, wie man "bei aller inneren Ruhe und Sicherheit wenigstens äußerlich noch herzliche, freundschaftliche, innige Teilnahme verraten soll, ... da der Leidende allemal auch als ein psychisch unzurechnungsfähiges Individuum anzusehen sei". Und der Arzt habe "immer und unter allen Umständen das Gefühl zu behalten, über dem Kranken zu stehen, das Gefühl, der Gebende zu sein" (SEIDLER, 1972)[49]. - In einer Zeit, in der zum Himmel schreiende Not, Armut und Krankheit der Bevölkerung den Arzt zu Wort und Tat herausforderten, war es gleichzeitig möglich, überkommene Attitüden zu ritualisieren.

Diese wenigen und knappen Skizzen über viele, die Verständigungsmerkmale zwischen Arzt und Patient bestimmenden Zusammenhänge wurden den Betrachtungen der Medizinhistoriker entnommen; es kommen aber noch diejenigen Aspekte hinzu, die den jeweiligen gesellschaftlichen Hintergrund der Agierenden beleuchten. Ganz abgesehen davon, daß der Patient nach Ausdrücken ringt, wie "stechend, schneidend, brennend" und Vorstellungen entwickelt, "die jeder erfahrbaren Wirklichkeit entbehren" (STOEVESANDT, 1959)[50], abgesehen davon auch, daß Krankheit 'kommt' und 'geht' und dabei gänzlich einer eigenen Sprache entbehrt (GOLTZ, 1969)[51], müssen an dieser Stelle die Untersuchungen von Lieselotte von FERBER hervorgehoben werden, die die unterschiedliche Sprache von Arzt und Patient zum Inhalt haben. Da beide verschiedenen Gesellschaftsschichten und -gruppierungen angehören, sind in der Verständigung zwischen Arzt und Patient nicht nur verschiedene Verhaltensnormen und Sprachen, sondern auch verschiedene Wertvorstellungen und Vorurteile einander konfrontiert. Bei der Untersuchung der Frage: "Versteht der Patient, was der Arzt ihm sagt?" ist bekanntgeworden, daß dies keineswegs allgemein vorausgesetzt werden kann. Umgekehrt versteht auch der Arzt nicht so, wie er es von sich glaubt, das, was der Patient ihm eigentlich sagt. Beide, sowohl Patient wie auch Arzt sind einer Sprachbarriere ausgeliefert, die dadurch nicht kleiner wird, daß sie beharrlich nicht zur Kenntnis genommen wird (LÜTH, 1974)[52]. In diesem Zusammenhang, der die

gesellschaftlichen Gegebenheiten bei Arzt und Patient hervorhebt, weist Asmus FINZEN darauf hin, daß die Begriffe von 'Liebe' und 'Freundschaft' im Hinblick auf das Geschehen zwischen Arzt und Patient nicht uneingeschränkt benutzt werden können, da sie des Charakters der Gegenseitigkeit entbehren (FINZEN, 1969)[53]. -

Alle hier in Umrissen angedeuteten Verständigungsmerkmale kehren in dem heutigen Alltagsgeschehen zwischen Arzt und Patient geradezu gleichzeitig, wenn auch in Variationen, wieder; der religiöse oder magische Charakter, der philosophische oder anthropologische Anteil wie auch die soziokulturellen Aspekte kommen ebenso zum Ausdruck wie das Gewicht der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse. Um nun weitere, in die Probleme einer Verständigung einfließende Momente anzudeuten, soll zunächst der in dem Diagramm von Karl-Eduard ROTHSCHUH erscheinende Partner namens Gesellschaft partiell skizziert werden am Beispiel der Krankenversicherung und ihrer Entwicklung.

3. Entwicklung der Sozialversicherung

Das Verhältnis zwischen Krankem und Arzt hat einen weiteren bedeutsamen Wandel durch die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung erfahren.

Mit der Zugehörigkeit zu einer Versicherung erwirbt der Patient seiner Beitragszahlung zufolge eine Sicherung des Einkommens und ein Recht auf ärztliche Behandlung. Die Sozialgesetzgebung schützt den Versicherten, indem sie ihm bei Krankheit einen Rechtsanspruch auf diese Leistungen zusichert. Damit wird die eingangs beschriebene ursprüngliche Begegnung von Not und Hilfe erweitert durch das Hinzukommen einer gesetzlich garantierten Sicherheit. -

Doch was eigentlich ist Sicherheit, Sicherung und Versicherung? - Diesen Fragen ist Franz-Xaver KAUFMANN nachgegangen, indem er der Wortgeschichte des Wortes 'sicher' in seinen gebräuchlichen Bedeutungen bezogen auf Personen,

Dinge und Zustände nachgeht; dabei weist er auch auf fremdsprachige Synonyme sowie typische Wendungen hin (KAUFMANN, 1973)[54]. Außerdem wird herausgestellt, daß sprachgeschichtlich ein Bedeutungswandel seit dem Beginn der Neuzeit auffällt, "der sich als erhellend für die Frage nach den Ursachen der im 20. Jahrhundert zu beobachtenden gesellschaftlichen Thematisierung von 'Sicherheit' erwies" (KAUFMANN, 1973)[55]. - Das Wort 'sicher' leitet sich ab von dem spätlateinischen Wort 'sicurus = sine cura'. Dieser Begriff gehörte zunächst in die Rechtssprache mit dem Sinn 'frei von Schuld, frei von Strafe'; später hat er einen Bedeutungswandel durchgemacht hinzielend auf 'unbesorgt, beschützt, zuverlässig'. Auch das Zeitwort 'sichern' bedeutete ursprünglich in der Rechtssprache 'rechtfertigen' und erst späterhin 'sich schützen'. Das Wort 'versichern' wird zurückgeführt auf das italienische Wort 'sicurare', das 1318 in Genua für die Versicherung von Seeschiffen verwendet wurde - also für die Versicherung von Besitz bei eventueller Havarie (VOLK, 1979)[56]. -

Die Sorge für Sicherheit bei eventuellen Wechselfällen des Lebens wie Krankheit, Verletzung, Verlust von Eigentum, Altern und Tod war über lange Zeit hinweg in den Aufgabenbereich der Großfamilie eingefügt. Im Mittelalter ging diese Sorge auf Klöster und kirchliche Einrichungen über, denn "die Unterstützung der Armen lag in den Händen der Kirche, nicht als Rechtsanspruch der Armen selbst, sondern als Gebot der Religion" (SEIDLER, 1975)[57]. Erst im 18. Jahrhundert entstanden geschäftliche Unternehmen zur Versicherung von Seeschiffen sowie Feuerversicherungen. Gleichzeitig übernahmen vereinzelt Gemeinden die Aufgaben einer Sorge um die Zukunft ihrer Bürger. Nicht selten gingen die Anregungen dazu von Ärzten aus. So entstanden Ende des 18. Jahrhunderts Krankenkassen für Arbeiter und Armenkrankenkassen (VOLK, 1979)[58]. - In einer Fortsetzung der von den Gilden und Zünften entwickelten Versorgungshilfen bei Unglücks- oder Todesfällen entstanden Versorgungsstrukturen innerhalb der sogenannten Berg- und Gewerbeordnungen; genannt seien z.B. die Bergordnungen Friedrichs d.Großen. Es wurden in der

Folgezeit Gesindeordnungen entwickelt; und mit den sog. Gemeindekrankenversicherungen wurde gestattet, für die am Ort wohnenden Gesellen Krankenkassen mit Beitragspflicht zu errichten. Dadurch wurde ein Recht auf freie Krankenpflege zwischen 42 und 90 Tagen erwirkt (VOLK, 1979)[59]. -

Ein Versicherungszwang wurde jedoch erst durch das preußische Knappschaftsgesetz von 1854 eingeführt. Es galt für alle Beschäftigten in Bergwerken, Hütten und Salinen. Diese Knappschaftsversicherung hatte eine Selbstverwaltung; zu den erforderlichen Beiträgen hatte mindestens zu einem Drittel der Arbeitgeber beizutragen. - Auf dem Boden dieser Entwicklungen sowie aufgrund der Erfahrungen mit den Hilfseinrichtungen der Innungen und Zünfte sowie den Fabrikkrankenkassen - den späteren freien Hilfskassen (TENNSTEDT, 1976)[60] entstand die Sozialgesetzgebung des Deutschen Reiches von 1871, die in ihrer Konzeption für den Staat in jeder Hinsicht ein Novum war. Als Ziel wurde von Bismarck die "Bürgschaft des inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben" angegeben. Das Reich sollte als eine wohltätige Institution angesehen werden - so ein Zitat von Bismarck (TENNSTEDT, 1976)[61]. Die tatsächliche Ausführung des "Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter" wurde von Theodor LOHMANN (1831-1905) vorgelegt und 1883 verabschiedet. Das Unfallversicherungsgesetz wurde 1884 und das Gesetz zur Invaliditäts- und Altersversicherung wurde 1889 verabschiedet.

Um das Jahr 1880 waren etwa 5 % der Bevölkerung des Deutschen Reiches Mitglieder in den bereits bestehenden Hilfseinrichtungen wie Fabrikkrankenkassen, genossenschaftlichen Einrichtungen und gemeindlichen Armenkrankenkassen (Hilfskassen), um gegen Lohnausfall infolge Krankheit abgesichert zu sein. Im Jahre 1885 waren 10 % der Bevölkerung des Deutschen Reiches Mitglieder der nun gesetzlichen Krankenversicherung, und 1913 waren es 25 % der Bevölkerung, die durch Versicherungszwang für fast ausschließlich in Gewerbebetrieben Arbeitende erfaßt worden waren. Dabei fehlt jedoch eine genaue Differenzierung des 'betroffenen' Personenkreises! War anfänglich die Sicherung des Lohnausfalles infolge Krank-

heit angestrebt, d.h. eine Zahlung von Krankengeld als Barleistung beabsichtigt, so wurde mit der Entwicklung von Sachleistungen (freie ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Brillen, kleinere Hilfsmittel) der Versicherungsschutz ausgedehnt auf die Familienangehörigen der versicherten Arbeiter, was durch entsprechende Satzungsbestimmungen der einzelnen Selbstverwaltungen der Krankenkassen festgelegt werden konnte. Unter Berücksichtigung dieser Entwicklung dürfte die Zahl der Versicherten im Jahre 1913 bereits 50 % der Bevölkerung des Deutschen Reiches ausgemacht haben (TENNSTEDT, 1976)[62]. - In den folgenden Jahrzehnten hat sich die zum Schutz einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen beabsichtigte gesetzliche Krankenversicherung zu einer 'Volksversicherung' ausgeweitet. Im Jahre 1977 waren in der BRD 91 % der Bevölkerung bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert, die sich verteilen auf 52 % bei der AOK und IKK, 21 % bei den Ersatzkassen und 18 % bei den Betriebskrankenkassen. Dem stehen 8 % der Bevölkerung gegenüber, die ausschließlich bei einer privaten Versicherung krankenversichert sind (VOLK, 1979)[63]. -

In der sozialen Krankenversicherung erwirbt der Versicherte durch Vorleistung in Form einer nach dem Arbeitseinkommen bemessenen Beitragszahlung einen sog. Leistungsanspruch. Die Gemeinschaft der Versicherten bildet z.B. gegen Krankheit, Mutterschaft etc. eine Ausgleichsgemeinschaft, die mit Bar- und Sachleistungen aufkommt. Dabei besteht eine Leistungspflicht der Versicherung. Leistungsträger der sozialen Krankenversicherung sind durch staatliche Gesetzgebung eingerichtete öffentlich-rechtliche Selbstverwaltungskörperschaften. Im Jahre 1909 wurde das Sozialversicherungsrecht konzipiert; 1911 wurde es durch die Reichsversicherungsordnung (RVO) als Gesetz verabschiedet. Damit waren sowohl Kranken-, Unfall- wie auch Rentenversicherung gesetzlich geregelt. Das Buch "Krankenversicherung" trat ab 1.1.1914 in Kraft. Seither hat die RVO bis zum heutigen Zeitpunkt Gültigkeit behalten, obwohl es zu jedem Zeitpunkt ihres Bestehens an Veränderungen und Novellierungen nicht gefehlt

hat. Diese sind stets im Zusammenhang mit den sozialen Notwendigkeiten und den jeweiligen politischen Gegebenheiten zu sehen. -

In den gerade hundert Jahren ihres Bestehens war der Sozialversicherung eine wechselvolle Zeit beschieden, auf die nicht näher eingegangen werden kann. Abschließend soll lediglich auf die wichtigsten Veränderungen hingewiesen werden, die die Krankenversicherung seit ihrem Bestehen erfahren hat, und die Christian von FERBER folgendermaßen zusammengefaßt hat[64]:

> Einmal handelt es sich jetzt nicht mehr ausschließlich um eine Krankenversicherung für Arbeiter, sondern ebenso für Angestellte, Selbständige und Rentner, so daß der Personenkreis der Versicherten inzwischen bis an die Grenze einer Volksversicherung erweitert worden ist. Die gesundheitspolitische Bedeutung der Krankenversicherung hat sich folglich dahingehend verändert, daß gefragt werden muß, ob es sich nur um eine nach dem Versicherungsprinzip arbeitende Finanzierungseinrichtung handelt, oder ob sie einen umfassenden Auftrag für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung besitzt? -
> Zum Zweiten ist die Krankenversicherung heute entgegen ihrem ursprünglichen Auftrag primär eine Einrichtung für die Verteilung von Sachleistungen bzw. von Sozialgütern - also von Leistungen, die der Bevölkerung nach Bedarfsgesichtspunkten gewährt werden. Da diese Grenzen des Bedarfs nicht prinzipiell festzulegen sind, folgt ein Konflikt zur Finanzierung, "die nicht am Bedarf der Versicherten anknüpft, sondern ... an ihr durch das Leistungsprinzip bestimmtes Arbeitseinkommen". -
> Drittens hat sich mit der beschriebenen Entwicklung der Sozialversicherung für eine arbeitslohnabhängige Bevölkerungsgruppe zu einer Volksversicherung auch ihr Gewicht als politisches Instrument verändert. "Der Ausbau der Krankenversicherung, die Stärke ihrer Selbstverwaltung und die Leistungsfähigkeit ihrer Organisation bildete einen Gradmesser für die politische Emanzipation der Arbeiterklasse". Diese Rolle als Aktionsfeld einer

gesellschaftlichen Bewegung hat die Sozialversicherung eingebüßt; ihre Leistungen sind zu einer Selbstverständlichkeit geworden. -
Viertens wird angegeben, daß sich aufgrund Früherkennung von Krankheiten und gesundheitsfördender Leistungen die Beziehung zu den Mitgliedern gewandelt hat: neben den Versicherten werden deren Familienangehörige als Zielpersonen der Aufklärung und Beratung wichtig. "Die damit verbundene Einflußnahme auf das Sozialverhalten der Mitglieder zeigt die Grenzen der bisherigen sozialpolitischen Grundprinzipien, die Hans ACHINGER als Monetarisierung, Verrechtlichung und Bürokratisierung gekennzeichnet hat. Hier könnten neue Funktionen für eine Selbstverwaltung sein, die sich nicht als Machtfaktor ... versteht, sondern die das Verhältnis von Verwaltung und diese zwangsweise finanzierendem Publikum neu definiert und aktiviert". -
Fünftens konnten mit Hilfe der EDV nicht nur Verwaltungsvorgänge rationalisiert werden, sondern sie führte die Krankenkassen zu gemeinsamer Planung ihrer Verwaltungsabläufe zusammen. "Darüber hinaus hat sie der Krankenversicherung eine Schlüsselstellung bei der Datenerhebung für den gesamten Bereich der Sozialversicherung eingeräumt und sie damit in die Überlegungen zu einem umfassenden sozialpolitischen Informationssystem einbezogen. Dieser Prozeß steht noch ganz am Anfang seiner Möglichkeiten". -

Diese Zusammenfassung von Entwicklungen und Aspekten der Sozialversicherung macht die verwirrende Vielschichtigkeit ihrer Beziehungen zu 'Gesellschaft' ebenso wie zu 'Arzt' und 'Patient' bewußt, so daß nochmals die Frage nach der Bedeutung von 'Sicherheit' aufgegriffen wird, die den eingehenden disziplinintegrierenden Untersuchungen von Franz-Xaver KAUFMANN zugrundeliegt. Aus diesen Untersuchungen wird geschlußfolgert, daß drei verschiedene, leitbildhafte Ideen unter dem Namen 'Sicherheit' gegenwärtig um Anerkennung ringen und damit sowohl "die Werthaftigkeit wie die

Ambivalenz des Wortsymbols erklären". Gemeint ist einmal "eine retrospektive Auffassung von 'Sicherheit und Geborgenheit', die als Sicherheit nur einen Zustand umfassender statischer Ordnung anerkennen will, in der die menschliche Psyche durch sichtbare Außengaranten, die die 'ganzheitliche Ordnung' repräsentieren, stabilisiert wird". Zweitens wird eine "pragmatische Auffassung von 'Systemsicherheit' als herstellbare, berechenbare Verfügbarkeit von Mitteln zu beliebigen Zwecken" und drittens "eine psychologische Auffassung von 'Selbstsicherheit' als Leitbild subjektiver Identität" erklärt (KAUFMANN, 1973)[65]. In der Verbindung dieser drei Konzeptionen erscheint der Gedanke einer "nichtzeitlichen, d.h. nicht horizontlosen, sondern bestimmten Zukunft, in der nicht 'alles möglich' ist", ein Gedanke, in dem es um die "Vernichtung der Zeitlichkeit der Zukunft" geht.

> "Die Freisetzung der Zeitlichkeit der Zukunft als neuzeitliches Sprach- und Denkphänomen ist ein Symptom dafür, daß eine 'umfassende', 'ganzheitliche', d.h. Individuum und Gesellschaft zugleich umfassende Zukunftsstabilisierung nicht mehr möglich ist. Die Struktur von 'Gesellschaft' hat sich gewandelt, d.h. sie hat sich differenziert und ist unanschaulich, überkomplex geworden, was aus der Perspektive der Individuen nun als permanente Wandlung erscheint. Die Beschleunigung des sozialen Wandels ist vermutlich gar nicht so stark, wie das aufgeschreckte statische Bewußtsein es empfindet; es genügt die Überkomplexität der erfahrbaren Welt, um immer neuen Eindrücken konfrontiert zu werden, die dann als Wandel erscheinen". -

Nachfolgend wird davon gesprochen, daß 'Gesellschaft' keine 'Gemeinschaft' mehr ist, sondern eine bloße Worthülse, "hinter der sich eine Menge interdependenter und ... weitgehend autonomer 'sekundärer Systeme' verbergen, ... die Leistungen erbringen, die unterschiedlichen individuellen Zielen dienstbar gemacht werden können, die aber die mit ihnen interagierenden Subjekte nicht umfassend stabilisieren können, um ihnen 'Lebenssinn' zu vermitteln. 'Lebenssinn' ist aus der Perspektive der sekundären Systeme Privatsache geworden - darin liegt zugleich die Möglichkeit individueller Freiheit" (KAUFMANN, 1973)[66]. Franz-Xaver KAUFMANN stellt weiterhin fest: "Das Individuum wird nun seiner

eigenen Zukunft konfrontiert ... Der Mensch ... muß sich seine eigene Identität selbst erringen, er muß 'Selbst-Sicherheit' gewinnen, sobald er nicht mehr innerhalb einer 'Gemeinschaft' eines Lebenskreises, sondern im Schnittpunkt mehrerer, untereinander kaum koordinierter Lebenskreise zu leben gezwungen ist ... Ist man nicht mehr innerhalb einer personell homogenen sozialen Umwelt 'geborgen', sondern unter personell heterogenen Sozialverhältnissen zu leben gezwungen, so kann keiner von keinem mehr verlangen, daß er für ihn 'ganz' da sei, da alle Loyalität notwendigerweise partiell geworden ist. Das Individuum steht vor der Wahl, sich entweder selbst seine 'Sicherheit' zu gewinnen, sich als 'handelndes Wesen' zu verstehen und handlungsfähig zu halten - oder der Entfremdung anheimzufallen. Wo die personelle Homogenität sozialer Umwelten verlorengegangen ist, ist 'ganzheitliche' gesellschaftlich vermittelte 'Sicherheit' nicht mehr zu erreichen" (KAUFMANN, 1973)[67].

4. Folgeentwicklungen

Nach diesen zitierten Gedanken soll die Aufmerksamkeit den Folgen der zuvor beschriebenen Entwicklungen gelten. Insbesondere soll dabei nach dem betroffenen Einzelnen innerhalb der für ihn zuständigen Einrichtungen gefragt werden. -

Als grundlegend und jede weitere Beobachtung beeinflussend wird die Tatsache angesehen, daß die gesundheitliche Versorgung nunmehr z w e i Systemen obliegt, die einerseits eng ineinander verflochten und andererseits in sich selbständig und unabhängig sind: Heilkunde und Krankenkasse. Als Auftrag ist ihnen zwar die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit gemeinsam, doch differieren ihre Ausgangspositionen und ihre Aufgabenbereiche. Die daran geknüpften institutionsspezifischen Sichtweisen finden einen deutlichen Ausdruck in der umfangreich vorliegenden Literatur, auf die hier nur in Andeutungen eingegangen werden kann. Wenn auch der Gegenstand der Veröffentlichungen der sozialversicherte Patient ist, so werden doch sekundär in diesen Arbeiten gruppenimmanente Probleme deutlich, und die

Mannigfaltigkeit der zeit- und interessenabhängigen gegenseitigen Inhibitionen ist nicht zu übersehen. -

Beabsichtigt war die Hilfe der Sozialversicherung für die Situationen, in denen die Kraft des Einzelnen nicht mehr ausreichte, sich selbst vor Krankheiten und sonstigen gesundheitlichen Gefahren zu schützen. Angesichts der erreichten medizinischen Möglichkeiten wurde jedoch bereits 1899 von einem Ausschuß der preußischen Ärztekammer festgestellt:

> "Weitaus der größte Teil der jetzt in ärztliche Behandlung tretenden Mitglieder der Kranken- und Unfallversicherungskassen hat früher kaum jemals einen Arzt in Anspruch genommen, ohne daß ihm dadurch eine dauernde Gesundheitsschädigung erwachsen wäre" (von FERBER, 1975)[68].

Dieser Beobachtung schließen sich in den nächsten Jahren die verschiedensten Untersuchungen an, die sich mit den Folgen der Einführung der Sozialversicherung auseinandersetzen. Zahlreiche Veröffentlichungen weisen auf eine zunehmende Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hin; und eine vom Reichsversicherungsamt getroffene Feststellung aus dem Jahre 1915 lautet:

> "Es ist eine mehrfach beobachtete Erscheinung, daß die Wahrscheinlichkeit, invalide zu werden, im Laufe der Jahre gestiegen ist" (TENNSTEDT, 1976)[69].

Horst BAIER greift die Ausführungen von Max SCHELER "Über die Psychologie der sogenannten Rentenhysterie und der rechte Kampf gegen das Übel" aus dem Jahre 1955 auf; ebenso werden der Kulturpsychologe und Arzt Willi HELLPACH ("Rentenhysterie", 1908) und der Staatswissenschaftler Ludwig BERNHARD ("Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik", 1912) erwähnt, wenn über Krankheit als kollektive Reaktion berichtet wird. In den genannten Arbeiten tauchen u.a. die Begriffe einer versicherungsinduzierten "Absenkung der Leidensschwelle" und einer "gegenseitigen psychischen Leidensansteckung" mit einer sich anschließenden Entwicklung psychosomatischer Symptome auf (BAIER, 1978)[70]. - Mit den gleichen erwähnten Arbeiten setzt sich Stefan KIRCHBERGER auseinander, indem er den Ursachen und Wirkungen dieser häufig zitierten Beobachtungen nachgeht. Dabei analysiert er

die zeitbedingten Situationen, weist die Interdependenzen der einzelnen Gruppen und ihrer Argumentationen nach und gelangt zu der Auffassung einer kollektiven Diffamierung des Einzelnen (KIRCHBERGER, 1982)[71]. - "Die Krankenkasse untergräbt die Mannhaftigkeit, führt notwendig zu körperlicher und seelischer Verweichlichung" muß der Arzt und Standespolitiker Erwin LIEK, der sich u.a. auch mit den Folgen einer ärztlichen Massenpraxis befaßt hat, geäußert haben (KIRCHBERGER, 1982)[72]. LIEK hat darauf hingewiesen, daß neurovegetative Störungen aller Art bei auffälliger Senkung der Erkrankungsschwelle und Zunahme der Therapieresistenz in erschreckender Weise bei Kassenpatienten zunehmen (BAIER, 1978)[73]. - Doch auch von anderen Autoren liegen ähnliche Beobachtungen vor. Nach einer Auswertung der Krankenstatistiken der Ambulatorien des Verbandes der Krankenkassen Berlin nimmt die Behandlung der Neurose - "in ganz eminenter Weise eine soziale Krankheit ... mehr noch als die Tuberkulose" - in den Jahren 1926 und 1927 einen zunehmenden Raum ein (DÜHRSSEN, 1969)[74]. Seine Ausführungen über "Soziale Krankheit und soziale Gesundung" hat Viktor von WEIZSÄCKER 1930 veröffentlicht; unter dem Begriff der "Sozialneurose" werden darin verschiedene massive psychosomatische Zustandsbilder bei Patienten beschrieben, die verschiedenen Berufsgruppen und Gesellschaftsschichten,jedoch alle der Sozialversicherung angehören. Nach von WEIZSÄCKER sind "die Form der Sozialversicherung und die falsche Behandlung durch die Ärzte" die Entstehungsbedingungen dieser Krankheiten[75]. Diese Überlegungen, die von WEIZSÄCKER später durch breit angelegte Kasuistiken zu erhärten versuchte, veranlassen Horst BAIER zu der Schlußfolgerung, in der Psychosomatik den "innermedizinischen Reflex auf eine außermedizinische Verformung des Krankheitsverhaltens durch gesellschaftspolitische Maßnahmen" zu sehen - eine Schlußfolgerung, die allerdings durch die zugehörige Anmerkung eine weitere Pointierung erhält, wenn BAIER auf den Wissenschaftscharakter der heutigen Psychosomatik aufmerksam macht (BAIER, 1978)[76]. BAIER schildert in diesem Zusammenhang wie auch an anderen Stellen in beredter Weise, daß sich in der "gemachten Gesellschaft", die "unter

dem funktionellen Imperativ der Verteilung der industriell erzeugten und leistungsmotiviert erbrachten materiellen wie ideellen Güter steht", auch die Patienten verändert haben. Der "Hausarztpatient" hat sich über den an die Fächerspezialisierung der Medizin gebundenen "Facharztpatienten" und über den in der Gegenwart noch bestimmenden "Klinikpatienten", "der nur noch als biotechnische Einheit begriffen wird" zum "Sozialpatienten" hin entwickelt (BAIER, 1978)[77], von dem er sagt, er sei "ein Typus, ein anschauliches Gedankenmuster, das Zeitstrukturen und Zeitströmungen, projiziert auf den Menschen, faßbar und diskutierbar macht" (BAIER, 1978)[78]. Von diesem Typus des Sozialpatienten nimmt BAIER an, daß er im "gesellschaftlichen Normennetz der Fremd- und Selbsterwartungen sein Gesundheits- und Krankheitsverhalten bemißt und reguliert", und daß er sich durchsetzen wird (BAIER, 1978)[79]. -

Diesen Überlegungen steht das von Talcott PARSONS entworfene Bild gegenüber, in dem "die Situation des Patienten und seiner 'Laien'-Umgebung unter den drei Stichworten Hilflosigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit, fachliche Inkompetenz und emotionales Engagement" (PARSONS, 1970)[80] zusammengefaßt wird. Die "Verbindung von Hilflosigkeit, Mangel an fachlicher Kompetenz und Störung des emotionalen Gleichgewichtes setzt den Kranken in besonderem Maße der Ausnutzung aus"[81]. Im Zusammenhang mit der Rolle des Patienten im System der institutionalisierten Erwartungen hebt PARSONS vier charakterisierende Gesichtspunkte hervor[82]:

1. Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen.
2. Befreiung von Verantwortung gegenüber dem Krankheitszustand, dem als 'Brücke' eine zentrale Bedeutung zukommt, da sie die Annahme von 'Hilfe' ermöglicht.
3. Dem 'Kranksein' als einem unerwünschten Zustand entspricht die Verpflichtung zu dem Willen, 'gesund zu werden'.
4. Verpflichtung zur Inanspruchnahme kompetenter Hilfe - also eines Arztes - und zur Kooperation mit diesem.

Weiterhin unterstreicht PARSONS, daß der Kranke als Laie nicht qualifiziert ist, Art und Charakter einer professionellen, fachlich kompetenten Hilfeleistung in ihrer Befähigung zu beurteilen. Diese sozial-kulturell bedingte Kommunikationslücke sieht PARSONS als schwerwiegendste Beschränkung des Laien - also des Patienten - an (PARSONS, 1970)[83]. -

Zwangsläufig löst eine so definierte Beschränkung des Patienten Mechanismen aus, die zu Veränderungen im Verhalten führen. Aber

> "weder sind unsere Sozialleistungsempfänger alle rentenpsychotische Staatsnutznießer, noch kann man von ihnen erwarten, daß sie aus stiller Verantwortung vor den Staatsnotwendigkeiten darauf verzichten, gesetzlich gegebene Chancen zu nutzen"[84].

Mit der "Masse von Institutionen und Apparaturen des Rechts und der Verwaltung" setzt sich Hans ACHINGER auseinander; er charakterisiert die "Ausleseprinzipien von Notständen" und stellt als Folge der "Denkerziehungen durch Behörden, Verbände und politische Aufklärung" schließlich fest, "daß der Einzelne aus seinen Nöten auswählt und nur die Forderungen stellt, die in das gültige Schema hineinpassen" (ACHINGER, 1959)[85]. - Franz-Xaver KAUFMANN mutmaßt, daß das System der sozialen Krankenversicherung bei der Bevölkerung 'anzukommen' scheint; aber selbst wenn es "als unmittelbarer Ausdruck eines sehr handfesten 'Sicherheitsstrebens', d.h. eines Strebens nach zukünftiger Verfügbarkeit von Werten gelten" kann (KAUFMANN, 1973)[86], so wird andererseits auch die Frage aufgerollt, in welcher Weise die zugedachten Funktionen von den Einrichtungen ausgeübt werden, und ob nicht unerwartete Nebenfolgen aufgetreten sind (KÖNIG, 1970)[87]. Denn "eine der großen Paradoxien unseres Wirtschaftssystems liegt darin, daß es trotz ungeheurer Vermehrung der Reichtümer das Sicherheitsbedürfnis des Menschen nicht zu befriedigen vermag" (KÖNIG, 1970)[88], und "die psychische Auswirkung der Sozialversicherung bei den Versicherten ist eben durchaus verschieden vom sozialpolitischen Sinn ihrer Einrichtung" (KÖNIG, 1970)[89]. Es steht also nicht nur die Deckung eines 'Risikos' im Raum, eine Absicherung gegen die

eventuellen 'Wechselfälle des Lebens'; sondern gleichzeitig ist die veränderte Stellung des Individuums in der modernen Wirtschaftsgesellschaft zu einem Problem geworden. Zwar wird das Krankheitsverhalten des Einzelnen durch Diagnosestellung, Medikamentenverordnung und Krankengeld- bzw. Lohnfortzahlung beantwortet. Aber da eine Absättigung psychischer Angst- und Betreuungsgefühle ausbleibt, wird ein Circulus vitiosus ausgelöst, für den gefragt werden muß, ob die bestehenden Einrichtungen den bestehenden Bedürfnissen entsprechen.

Um dem eigentlichen Auftrag nachzukommen, fordert Christian von FERBER, "die Erkenntnisse über die Bedingungen des menschlichen Lebens in einer Weise zu fördern und praktisch anzuwenden, daß sie auch in jedem Einzelfall der Erhaltung und Steigerung des Lebens dienen"; des weiteren erinnert er an die Forderungen der Bürger, die die "milliardenschweren Einrichtungen unterhalten und denen sie ihre Gesundheit anvertraut sehen" (von FERBER, 1970)[90]. - Um nun den tatsächlichen Gegebenheiten nahezukommen, erläutert Christian von FERBER das Prinzip divergierender Bezugssysteme. Als Beispiel wird die Krankheit (z.B. Erkältung) des Arbeitnehmers Christobald Rönnespieß genannt, die zumindest drei öffentlichen Bezugssystemen zuzuordnen ist: in der Bewertung durch Ärzte erscheint dabei als Beratungsursache eine Erkältung; bei der Bewertung durch die Krankenkasse entsteht ein Versicherungsfall, und die Bewertung durch den Betrieb registriert einen Arbeitsausfall.

> "Alle drei Institutionen, bei denen die Erkältung des Christobald Rönnespieß ein Verhalten auslöst, handeln zwanghaft gemäß den ihnen immanenten vorprogrammierten Systemprozessen und -entscheidungen. ... Ärzte denken in Diagnosen, Krankenkassenbeamte in Verwaltungsentscheidungen und Kosten, Betriebe in Rentabilität, Arbeitnehmer in dem Angebot an Verhaltensalternativen, das gesellschaftliche Institutionen ihnen machen" (von FERBER, 1970)[91].

Mit der unvermeidlichen Folgeerscheinung einer Divergenz der Bezugssysteme ist die Frage aufgeworfen, ob eine Kooperation dieser für den Einzelnen geschaffenen Einrichtungen möglich ist, damit nicht jeweils nur Teilaspekte von Krankheit bearbeitet werden, sondern damit dem tatsächlich bestehenden Bedürfnis des Kranken entsprochen werden kann.

Es wird daher zu untersuchen sein, ob es Möglichkeiten einer Zusammenarbeit der beiden Systeme Medizin und Krankenkasse gibt.

5. Gemeinsame Aufgaben

Der Gedanke einer Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherung und Arzt im Interesse des Einzelnen wurde schon frühzeitig von den Krankenversicherungen aufgegriffen. -

Ungeachtet der zu Beginn dieses Jahrhunderts "mit heftigem Feldgeschrei" geführten Honorarverhandlungen und deren Hintergrund an Standes- und Wirtschaftsinteressen sowie der reichsgerichtlich geführten Auseinandersetzungen (TENNSTEDT, 1976)[92] soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, daß unter dem Druck des Massenelends und der Massennot in allen Bereichen des Lebens Beobachtungen und Erfahrungen gemacht worden waren, die eine dringende Auseinandersetzung mit den sozialen Problemen der Zeit erforderten. Diese Auseinandersetzungen haben sich nicht nur in Wissenschaft und Kunst niedergeschlagen, sondern sie wurden ebenso zu einem wesentlichen Bestandteil der sozialen und ärztlichen Arbeit. Es gehört in diesen umrissenen Rahmen anstehender Veränderungen hinein, daß parallel zu den Ergänzungsbestimmungen über das Arztsystem vom 14.11.1925 mit den Richtlinien vom 12.5.1924 festgelegt worden war, daß die Krankenkassen zur Ergänzung und Förderung der kassenärztlichen Behandlung berechtigt waren, diagnostische Institute, Beratungsstellen, Behandlungsstellen für physikalische oder mediko-mechanische Heilmethoden als eigene Einrichtungen in Betrieb zu nehmen[93].- Auch diese gesetzliche Neuregelung hat ihre sozialgeschichtliche und medizinwissenschaftliche Entstehung. Sowohl aufgrund der verheerenden Lebensbedingungen in den Massenquartieren mit den daran geknüpften gesundheitlichen Gefahren, sowie aufgrund der wissenschaftlichen Fortschritte auf den Gebieten besonders der Bakteriologie und der Hygiene war es seit der Jahrhundertwende u.a. auch zu Initiativen bezüglich sozialhygienischer und vorbeugender Maßnahmen im

Rahmen des neugegründeten Zentralverbandes der Ortskrankenkassen gekommen.

> "Hierbei waren der Arbeiterbewegung aus verschiedenen Motiven und in verschiedener Hinsicht nahestehende Ärzte wie Raphael Friedeberg (1863-1940), Friedrich Landmann (1864-1931) und Ignaz Zadek sen. (1858-1931) direkte oder mittelbare Ratgeber. Später übernahmen diese Rolle führende Sozialmediziner wie Alfred Blaschko (1858-1922), Alfons Fischer (1873-1936), Alfred Grotjahn (1869-1931) und Hermann Weyl (1866-1925). Von ihrem Fach aus kooperierten diese Sozialmediziner auch mit anderen Sozialwissenschaftlern, 1909 unterzeichnete Alfred Grotjahn mit dem Medizinalstatistiker Friedrich Prinzing (1859-1938) auch den Gründungsaufruf für die 1909 gegründete 'Deutsche Gesellschaft für Soziologie'. Albert Kohn (1897-1926), 1914-1925 Direktor der AOK Berlin und seit der Jahrhundertwende 'Spiritus rector' der sozialhygienischen Bestrebungen der Ortskrankenkassen" gab 1919 einen umfassenden Rückblick über diese gemeinsame Arbeit (TENNSTEDT,1976)[94].

Es kann hier leider nur in ganz knapper Form angedeutet werden, daß es unter Berücksichtigung eines Fehlens jeglicher Vorbilder zu einer hervorragenden positiven Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen kam, im Rahmen derer der Berliner Arzt Raphael Friedeberg Leitsätze formulierte, die wie ein "Markstein in der Geschichte der deutschen Krankenkassenbewegung" den Krankenkassen "die ihnen obliegenden sozialen Pflichten" bewußt machten[95]. Zunehmend mehr setzte sich die Erkenntnis durch, "wie notwendig es für die Kassen sei, soziale Bestrebungen aller Art mit größter Aufmerksamkeit zu verfolgen und, wo dies irgend im Interesse der Versicherten läge, auch zu unterstützen"[96]. Anläßlich dieser Zusammenarbeit wurden z.B. von Professor Albert Neißer (1855-1916) im Verlauf eines Vortrages weittragende Forderungen gestellt, die u.a. eine "obligatorische Einführung der Familienversicherung und eine Einführung einer regelmäßig jährlich ein- bis zweimal stattfindenden ärztlichen Untersuchung aller Kassenmitglieder" umfaßte, "weil eine solche nicht nur zur Aufdeckung von Herz-, Lungen-, Nierenkrankheiten, Zuckerleiden, sondern auch zur Erkenntnis sehr vieler, dem Kranken ganz unbekannter von ihm falsch gedeuteter Erkrankungen führen würde" (TENNSTEDT, 1976)[97]. An einer anderen Stelle des oben erwähnten Berichtes von Albert Kohn heißt es dann weiter:

> "Die Krankenkassen erweiterten ihre Leistungen, nicht nur dadurch, daß sie diesbezügliche Bestimmungen in ihre Satzung aufnahmen, sondern noch weit mehr, indem sie bestrebt waren, die Wiederherstellung ihrer kranken Mitglieder tunlichst zu fördern, auch dann, wenn dazu größere Aufwendungen nötig waren. Wir finden heute bei sehr zahlreichen Kassen direkte Abgabe von Heilmitteln aller Art. Eine große Reihe von Kassen hat Genesungsheime, Lungenheilstätten usw. errichtet und im großen Umfange werden erkrankte Mitglieder denselben überwiesen ... Die in Berlin in der Zentralkommission der Krankenkassen seit Jahrzehnten vereinigten Kassen haben ein großes hydro-therapeutisches Institut mit mediko-mechanischer Abteilung, Röntgen-, Tiefenbestrahlung, Höhensonne eingerichtet; eigene zahnärztliche Institute sind besonders in den letzten Jahren vielfach errichtet worden. ... An verschiedenen Orten hat man es verstanden, eine Verbindung zwischen den Krankenkassen und den bestehenden Fürsorgestellen zu schaffen, so daß von der Kasse bzw. durch die Krankenbesucher "- (diese haben also nicht immer nur eine Kontrollfunktion gehabt!) - "den zuständigen Fürsorgestellen Mitteilung über sie interessierende Krankheitsfälle gemacht wird" (TENNSTEDT, 1976)[98].

Auch die Schwierigkeiten, mit denen die Krankenkassen und ihre Verbände zu kämpfen hatten, bleiben in diesem Rückblick nicht unerwähnt; dennoch konnte der Bericht aus dem Jahre 1919 mit den Worten abgeschlossen werden:

> "Es gereicht den Kassenverwaltungen zur Ehre, daß sie entgegen diesen Widerständen den einmal für richtig erkannten Weg weiter fortsetzten und sich bewußt waren, daß jede anerkannte Krankheit, wie jeder Übelstand im allgemeinen doppelt zu bekämpfen ist: vorbeugend und dann heilend" (TENNSTEDT, 1976)[99].

Diese in ihrem Engagement für sich sprechenden Beispiele einer positiven Zusammenarbeit zwischen Kasse und Arzt sind trotz der inzwischen getroffenen gesetzlichen Veränderungen bis heute spürbar und bedeutungsvoll. Mag auch in der Folgezeit nicht nur die bestehende Not das alleinige Motiv gewesen sein, den in der Ortskrankenkasse versicherten Arbeitern eine gute ärztliche Versorgung zukommen zu lassen, mag gleichzeitig auch die Idee einer Konkurrenz zu den in freier Praxis arbeitenden Ärzten hinzugekommen sein, so kann doch nicht deutlich genug darauf abgehoben werden, daß es sich um eine gelungene Zusammenarbeit gehandelt hat. Es wurden in der Zeit der Weimarer Republik Institute, Ambulatorien usw. gegründet, die unter vollständiger Leitung der jeweiligen Orts-

krankenkasse standen, und in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowohl diagnostisch wie therapeutisch arbeiteten. Diese Gründungen der Krankenkassen blieben während der Zeit des Nationalsozialismus bestehen; nach 1945 wurde der Gedanke der Ambulatorien mancherorts wieder aufgegriffen. Jedoch mit der Einführung des Kassenarztrechtes im Jahre 1955, das u.a. das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte sicherte, waren Neugründungen dieser Art seitens der Krankenkassen nicht mehr möglich. Die bereits bestehenden Einrichtungen jedoch blieben erhalten. Daher existieren heute in der Bundesrepublik noch etwa zehn Zahnkliniken, von denen besonders diejenigen im süddeutschen Raum einen wichtigen Bestandteil der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung ausmachen. Von den Röntgeninstituten sei namentlich das Institut der AOK in Köln hervorgehoben, das ausschließlich therapeutischen Aufgaben nachkommt. Und in dieser Arbeit sei besonders das "Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin" unter der Leitung von Annemarie DÜHRSSEN genannt, von dem nicht nur bahnbrechende therapeutische und wissenschaftliche Impulse ausgingen, sondern von dem ebenso umfangreiches Verlaufsmaterial ausgewertet und veröffentlicht wurde. "Was den Umfang und die Gründlichkeit betrifft, gibt es bisher in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Weltliteratur keine gleichwertige Materialsammlung" (BAUER, 1976)[100]. Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung ist nachzulesen, "daß es gerade die penibel geführten Statistiken des AOK-Institutes Berlin waren, die den wesentlichen Ausschlag gaben, daß Psychotherapie in der Bundesrepublik 1967 zur kassenpflichtigen Leistung wurde, da die Kostennutzenrechnung eine eindeutige Sprache sprach" (BAUER, 1976)[101]. Jedoch nicht nur unter dem Aspekt der in der Vergangenheit gemachten psychotherapeutischen Erfahrungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist die Arbeit von Annemarie DÜHRSSEN zu beurteilen; sie ist ebenso bedeutungsvoll, was die realistische Einschätzung der derzeitigen Situation und die möglichen Prognosen angeht, die nur denkbar sind aufgrund des weit gespannten Bogens erfaßter Untersuchungsdaten (DÜHRSSEN, 1970)[102].

Neben diesen gesicherten Formen einer Kooperation soll die Problematik einer gemeinsamen Bewältigung bestehender Aufgaben an einem weiteren Beispiel umrissen werden. -
Mit dem notwendigen Aufbau einer Gesetzgebung für die Krankenversicherung entstanden den Leistungsträgern Fragestellungen zu Einzelsituationen oder Grundsatzproblemen, die von den Krankenkassen nur durch Mithilfe von Ärzten gelöst werden konnten. Aus dieser praktischen Notwendigkeit heraus entwickelten sich bei den verschiedenen Sozialleistungsträgern die Ärztlichen Dienste. Die Entstehungsgeschichte dieser Dienste ist direkt eingebunden in die wissenschaftlichen, technischen, industriellen und nicht zuletzt in die politischen Veränderungen und Problemstellungen der jeweiligen Zeitspanne. Der Vertrauensärztliche Dienst, dessen Schwerpunkte anfänglich im Bereich der Unfall- und Rentenversicherung gelegen haben (TENNSTEDT, 1976)[103], ist die älteste Einrichtung dieser Art. Die verwirrende Vielfalt der mit dieser Einrichtung verknüpften Interdependenzen, die zum Teil noch heute spürbar sind, ist in eindringlicher Form in der Sozialgeschichte der Sozialversicherung nachzulesen (TENNSTEDT, 1976)[104]. -

Das jeweilige Tätigwerden der Ärztlichen Dienste war zum Zeitpunkt ihrer Entstehung in bestimmendem Maße von Kontrollgesichtspunkten geprägt. So sind die Krankenkassen z.B. aufgrund einer Vorschrift in der RVO (§ 369 b) verpflichtet, sowohl die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten wie auch die Verordnung von Versicherungsleistungen in den erforderlichen Fällen rechtzeitig durch einen Arzt nachprüfen zu lassen. Mag auch der Hartmann-Bund schon 1908 die Empfehlung ausgesprochen haben, Vertrauensärzte einzusetzen, so machte doch erst eine Bestimmung vom Reichsausschuß Ärzte/Krankenkassen aus dem Jahre 1925 über das Arztsystem die Einstellung von Vertrauensärzten möglich (KOHLHAUSEN, 1976)[105]:

> "Die Kasse ist berechtigt, Vertrauensärzte einzustellen. Die Auswahl erfolgt im Benehmen mit der für die Kasse zuständigen Arztvertretung ohne Mitwirkung des Zulassungsausschusses".

Die Bedeutung des Vertrauensärztlichen Dienstes nahm mit der wachsenden Zahl der Sozialversicherten und in Verbindung

mit der wirtschaftlichen Not während der Weimarer Republik ständig zu. Im Zusammenhang mit der Massenarbeitslosigkeit erfolgte eine Zweckbestimmung zur Abwehr von Leistungsansprüchen gegenüber den Krankenkassen; außerdem sollten die Ausgaben der Krankenkassen durch Kontrolle der Krankenstände gesenkt werden (SILOMON, 1978)[106]. Dem Aufgabenbereich dieses vertrauensärztlichen Systems entsprechend gestaltete sich das alte "Revisionsarzt"-Image aufs neue; der Vertrauensarzt wurde vom Versicherten als "Gesundschreiber" apostrophiert, von den Kassenärzten als unkollegialer und unstandesgemäßer Kontrolleur angesehen und von den Krankenkassen gar als "kostenfressende Einrichtung" betrachtet, von der erwartet wurde, daß die Zahl der Gesundschreibungen im rechten Verhältnis zu den durch den Dienst erwachsenen Unkosten stand (TENNSTEDT, 1976)[107]. Zu dieser Zeit spricht Maximilian SAUERBORN von einer "geradezu verderblichen Auffassung", die zu großen Unterschieden in der Handhabung der Aufgaben führte. Mit der gesetzlichen Einführung des Vertrauensärztlichen Dienstes im Jahre 1930 änderte sich an dieser Situation nichts. Und auch durch die Aufbaugesetzgebung aus dem Jahre 1934 wurde die Kontrolltätigkeit des Vertrauensärztlichen Dienstes nicht beseitigt; "sie wurde nur einem anderen Ziel untergeordnet, nämlich demjenigen, der nach nationalsozialistischer Zielsetzung programmierten Wirtschaft Arbeitskräfte zuzuführen und für deren Verbleib im Arbeitsprozeß zu sorgen" (SILOMON, 1978)[108]. -

Die von Florian TENNSTEDT und Karl KOHLHAUSEN herangezogenen Ausführungen von Maximilian SAUERBORN[109] zeigen allerdings auch, daß es zum damaligen Zeitpunkt schon Bemühungen gab, die Aufgabenstellungen des Vertrauensärztlichen Dienstes auf gesundheitsfürsorgerische Bereiche zu lenken. Obwohl sich im Laufe der Jahre das Selbstverständnis des Vertrauensärztlichen Dienstes, die Grundsätze der Krankenkassen wie auch die Einstellung der Versicherten und der Kassenärzteschaft außerordentlich verfestigt haben (SILOMON, 1978)[110], sind doch die Bemühungen des Vertrauensärztlichen Dienstes um eine zeitadäquate Aufgabenfindung nicht zu übersehen. Sowohl Hero SILOMON wie auch Karl KOHLHAUSEN haben sich aufgrund der

geltenden Sozialgesetze mehrfach zu erforderlichen Umorientierungen geäußert. So schreibt Karl KOHLHAUSEN, daß eine funktionierende Zusammenarbeit eher erforderlich ist, "als eine starre Institution mit vielseitiger Bindung, die der Zuwendung des nur dem Gewissen unterworfenen Sachverstandes hinderlich im Wege stehen könnte. Die Weiterentwicklung muß unter Mitwirkung durch alle Ärzte geschehen! Wenn diese Forderung nicht erfüllt wird, bleibt als Ergebnis nur ein funktionsuntüchtiger Torso" (KOHLHAUSEN, 1976)[111]. In gleichem Zusammenhang fordert Karl KOHLHAUSEN, daß der Arbeitsplatz im öffentlichen Gesundheitswesen eine Funktion gestatten muß, die dem heute ausgebildeten Arzt eine Tätigkeit ermöglicht, wie nur er sie nach seinem Werdegang darzustellen in der Lage ist. "Eine neue Form zur Funktion kann unabhängig von der Institution eingerichtet werden und sollte als Modellfall wegweisend für eine zukünftige institutionelle Umwandlung sein" (KOHLHAUSEN, 1976)[112]. Hinsichtlich der diskutierten Umorientierung macht Hero SILOMON weiterhin darauf aufmerksam, daß die zu leistende Tätigkeit von "Ärzten und Nicht-Ärzten gemeinsam erbracht werden" muß (SILOMON, 1978)[113], insbesondere wenn er daran erinnert, daß die "Chancen des Heeres der funktionell Gestörten und der sozial Gekränkten, adäquate Hilfe zu finden" beeinträchtigt sind (SILOMON, 1976)[114]. Wenn nach diesen Gedanken Strukturverbesserungen erforderlich sind, damit die Leistungen des Gesundheitswesens allen Bürgern in gleicher Weise zugutekommen, so sind eigene Konzepte der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendig, "die innerhalb des durch Gesetz und Verträge gezogenen Spielraumes oder durch dosierte Ausdehnung dieses Rahmens verwirklicht werden könnten" (SILOMON, 1976)[115].

6. Gesetzliche Bestimmungen und Schlußfolgerungen

Es soll daher im folgenden Schritt beleuchtet werden, welche Möglichkeiten die geltenden gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Ratlosigkeit und Ratsuche des einzelnen Betroffenen enthalten. -

An erster Stelle sei auf das Sozialgesetzbuch mit seinem Allgemeinen Teil (SGB-I) hingewiesen, das erstmals eine Kodifizierung des in Einzelgesetzen verstreuten Sozialrechts in einer bürgernahen Formulierung anstrebt. Das SGB-I ist am 1. Januar 1976 in Kraft getreten; in seinem ersten Abschnitt sind Aufgaben und Rechte definiert. Nach § 4 des 1. Abschnittes hat jeder im Rahmen dieses Gesetzbuches ein Recht auf Zugang zur Sozialversicherung; wer in der Sozialversicherung versichert ist, hat im Rahmen der gesetzlichen Versicherungen ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit; gleichzeitig wird das Recht auf wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit u.ä. zugesagt. Als Anspruch auf Sozialleistungen wird das subjektiv-öffentliche Recht definiert, "von einem bestimmten Leistungsträger eine bestimmte Sozialleistung verlangen zu können (SCHMELING, 1977)[116]. Diejenigen Sozialleistungen, auf die ein Anspruch besteht, werden als Leistungsarten festgelegt; im § 11 des SGB-I sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen als Sozialleistungen vorgesehen; "die persönliche und erzieherische Hilfe gehört zu den Dienstleistungen". In der Einführung heißt es, daß als Dienstleistungen solche Sozialleistungen anzusehen sind, die sich in der persönlichen Leistung an den Leistungsberechtigten erschöpfen (SCHMELING, 1977)[117]. Als die wichtigsten Dienstleistungen der Leistungsträger werden im § 12 die Auskunfts- und Beratungspflicht genannt. Danach besteht die Verpflichtung, die Bevölkerung über Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären (§ 13). Weiterhin heißt es im

§ 14 Beratung

> Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

Im Kommentar wird ausgeführt, daß mit dem Wortlaut des § 14 eine Beratungspflicht normiert ist, auf die der Bürger einen klagbaren Anspruch hat (SCHMELING, 1977)[118]. "Die Pflicht

zur Beratung wird in der Regel erst eintreten, wenn der Bürger sich an den Leistungsträger um eine Beratung wendet". Zu Umfang und Mittel der Beratung wird in der Einführung gesagt: "Die Beratung muß umfassend sein und darf sich nicht auf die Beantwortung allgemeiner Fragen beschränken. Der Beratende hat zu versuchen, die Situation des Ratsuchenden im Hinblick auf etwaige Sozialleistungsansprüche zu klären und ihm nach Umständen gezielte Fragen zu stellen. Die Beratung kann mündlich und auch schriftlich erfolgen, jedoch dürfte der mündlichen Beratung der Vorzug zu geben sein, da nur so vielfach die Beratung ihren Zweck erfüllen kann" (SCHMELING, 1977)[119]. Die Pflichten zur Auskunft sind im § 15 SGB-I festgelegt; mit dieser Vorschrift soll verhindert werden, "daß dem Bürger durch die institutionelle Gliederung Nachteile erwachsen können". Den Auskunftsstellen - z.B. den gesetzlichen Krankenkassen - sind in den genannten Paragraphen "eigenständige Verpflichtung zur Auskunftserteilung auferlegt. Bei der Auskunftserteilung handelt es sich um eine Belehrung des einzelnen Bürgers über die Sach- und Rechtslage. Sie ist stets eine Einzelauskunft, auf die der Bürger einen klagbaren Rechtsanspruch hat" (SCHMELING, 1977)[120].

Neben dieser Auskunfts- und Beratungspflicht ist auch die Leistungskoordination im Gesetz angesprochen. In der Einführung zum SGB-I heißt es den Wortlaut des § 17 ergänzend, daß die Leistungsträger gehalten sind, von sich aus im Rahmen ihrer Zuständigkeit Initiativen zu ergreifen.

> "Sie haben darauf hinzuwirken, daß jeder Berechtigte die ihm gesetzlich zustehenden Sozialleistungen umfassend, schnell und in zeitgemäßer Weise erhält. Die Leistungsträger dürfen sich nicht auf ihre eigene Zuständigkeit beschränken, sondern haben in Zusammenarbeit mit anderen Stellen darauf hinzuwirken, daß dieses Ziel erreicht wird. Sie haben bei der Bereitstellung von Sozialleistungen den wissenschaftlichen und verwaltungstechnischen Erkenntnissen und Erfahrungen Rechnung zu tragen. Die erforderlichen Sozialen Dienste und Einrichtungen sind rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung zu stellen. Der Zugang zu den Sozialleistungen ist möglichst einfach zu gestalten" (SCHMELING, 1977)[121].

Ebenso wird auf eine notwendige enge Zusammenarbeit der freien Einrichtungen und Organisationen hingewiesen, damit

sich die jeweiligen Tätigkeiten zum Wohle der Leistungsempfänger wirksam ergänzen.

Gemeinsame Vorschriften für alle Leistungsbereiche dieses Gesetzbuches sind im III. Abschnitt des SGB-I enthalten. Zu den allgemeinen Grundsätzen gehört in § 35 die Festlegung der Geheimhaltung. In der bereits zitierten Einführung nach SCHMELING nimmt die Geheimhaltung einen wichtigen und umfassenden Raum ein; es werden sowohl der geschützte Personenkreis, der Begriff der Geheimhaltung, der Gegenstand der Geheimhaltungspflicht sowie die Ausnahmen von der Geheimhaltungspflicht (Zustimmung des Betroffenen, gesetzliche Mitteilungspflichten, Amtshilfe usw.) sowie die Festlegung der Geheimhaltungspflichtigen u.a. definiert (SCHMELING, 1977)[122].

Diese genannten Gesetzestexte aus dem SGB-I imponieren als eine grundlegende Möglichkeit sinnvollen Zusammenarbeitens aller beteiligten Einrichtungen bei den im Interesse der Gesunderhaltung des einzelnen Betroffenen zu erbringenden Leistungen. Sie verpflichten die zuständigen Leistungsträger, und sie garantieren die Rechte des Versicherten. -
Eine vergleichbare Zielsetzung liegt auch dem seit 1974 in Kraft befindlichen Rehabilitationsangleichungsgesetz zugrunde. Der I. Abschnitt dieses Gesetzes legt mit den allgemeinen Vorschriften im § 1 die Aufgaben der Rehabilitation fest; dabei bezieht sich die Wiedereingliederung auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft sowohl auf behinderte Personen (Abs. 1) wie auf diejenigen, "denen eine Behinderung droht" (Abs. 2). Bezüglich des Anwendungsbereiches im § 2 ist an erster Stelle die gesetzliche Krankenversicherung genannt gefolgt von gesetzlicher Unfallversicherung, gesetzlicher Rentenversicherung usw.. Auch nach dem Rehabilitationsangleichungsgesetz wird in der Beratung des Versicherten eine Pflicht gesehen. Im § 3 wird von einer Unterrichtung der Bevölkerung sowie von einer Beratung der Behinderten durch die Rehabilitationsträger gesprochen, während die §§ 4-6 die Einleitung der Maßnahmen zur Rehabilitation, die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und die Zuständigkeit fest-

legen. Diese Bestimmungen haben eine Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation beteiligten Personen, zuständigen sowie unzuständigen Leistungsträger zum Ziel. Eine umfassende Beratung der Behinderten ist durch die Einrichtung von Auskunfts- und Beratungsstellen zu gewährleisten; auch sind gemeinschaftliche Auskunfts- und Beratungsstellen anzustreben. -

Desgleichen enthält die RVO gesetzliche Vorschriften, die eine sozialmedizinische Beratung zum Inhalt haben. Im § 36.8 s RVO wird gefordert, "daß der Behinderte über die Möglichkeiten der medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation beraten wird und die gebotenen Maßnahmen von den Rehabilitationsträgern frühzeitig eingeleitet werden".

Diese genannten Gesetzesstellen lassen die Interpretation zu, daß der Gesetzgeber die Beratungsbedürftigkeit des Einzelnen durchaus berücksichtigt. Aus den erwähnten Texten geht hervor, daß in der Beratung ein wesentlicher Bestandteil der von den Leistungsträgern zu erbringenden Dienstleistungen gesehen wird. Gleichzeitig aber entwickelt sich der Eindruck, daß eine gesetzmäßige Regelung von Rechtsverhältnissen zwischen krankheitsbedingter Anspruchsberechtigung und Leistungspflicht vorliegt. Es scheint die Absicht zu dominieren, regelwidrige Notstände beheben und eine gesetzliche Anleitung zur Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit geben zu wollen. Die Klärung bestehender Verhältnisse, Zuständigkeiten und Rechte steht im Vordergrund; und es fällt weiterhin auf, daß den Pflichten der Leistungsträger keine Pflichten der Leistungsempfänger korrespondieren. Diesen Gedanken geht Peter KRAUSE nach, wenn er das Sozialversicherungsverhältnis als ein Rechtsverhältnis definiert, bei dem "den Pflichten der Sozialleistungsträger Ansprüche des Bürgers und den Pflichten des Bürgers Befugnisse der Sozialleistungsträger zuzuordnen" wären (KRAUSE, 1979)[123]:

> "Der Begriff 'Sozialleistungsverhältnis' birgt eine Gefahr in sich, er drängt den Gedanken auf, es erschöpfe sich in dem Anspruch des Bürgers auf Wohltaten und der korrespondierenden Pflicht der Sozial-

> leistungsträger. ...
> Sozialleistungen begünstigen nicht einfach, sondern vielfach bringen sie auch Lasten und Pflichten für den Empfänger mit sich. Der Allgemeine Teil des Sozialgesetzbuches stellt die sozialen Rechte des Bürgers in den Vordergrund und weist ihn in Sozialleistungen ein, ... er weist höchst lückenhaft Mitwirkungspflichten aus"[124].
> Und an weiterer Stelle hält KRAUSE fest: "Das Sozialrechtsverhältnis ist ein Rechtsverhältnis, in dem jeweils einem Recht eine Pflicht korrespondiert, an dem mehrere Rechtssubjekte beteiligt sind, häufig eine Vielzahl, deren Rechte einander bedrängen und infragestellen, und zwischen denen ein hochkomplexer Ausgleich stattfinden muß, der noch nicht bewältigt ist. Es ist ein Rechtsverhältnis, in dem verschiedene Berechtigungen miteinander im sinnvollen Zusammenhang stehen, das sich in der Zeit dynamisch entwickelt, Ablaufstörungen unterliegt und zahlreichen Gestaltungsmöglichkeiten der Beteiligten unterworfen ist, die der notwendigen Handlungsinstrumente bedürfen"[125].

Auf die Schwierigkeiten, die durch diese übermäßige Komplexität entstanden sind, weist Christian von FERBER am Beispiel der Krankenversicherung hin, die er u.a. als "eine aus dem Staatsverband ausgegliederte und finanziell verselbständigte Einrichtung" definiert, und von der er sagt:

> "Als öffentliche Einrichtung wird die Krankenversicherung am stählernen Faden des Sozial- und Verwaltungsrechts geführt, unterliegt sie der staatlichen Aufsicht und ist auf die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben verpflichtet" (von FERBER, 1979)[126].

Mit dieser Aufgabenstellung gerät die Krankenversicherung in einen Konflikt, denn sie muß nicht nur den Detailregelungen der Gesetze gerecht werden, sondern ebenso dem Einzelfall, der sowohl anspruchsberechtigt wie auch hilfsbedürftig erscheint. Der Versicherte interagiert mit der Krankenversicherung - gleichzeitig oder nacheinander - als ratsuchender Hilfsbedürftiger und als beitragszahlender Anspruchsberechtigter. Es ist daher sicherlich als erforderlich und nützlich anzusehen, Belehrung und Unterrichtung hinsichtlich bestehender Sach- und Rechtslagen zu erteilen. Doch gerade mit der informativen Hervorhebung von Leistungsansprüchen und Rehabilitationsmöglichkeiten infolge gesundheitlicher Störungen wird die Empfängerrolle des Versicherten betont, und die Bereitschaft zu eigenen Leistungen des Betroffenen

nicht unbedingt gefördert. Eine Anwendung der Gesetze in dieser Form bedeutet, daß der mündige und entscheidungsberechtigte Versicherte Belehrung, Unterrichtung, Auskunft und Beratung hinsichtlich seiner Anspruchsberechtigung erfährt; er erfährt, welche Maßnahmen eingeleitet und aufgewandt werden können; d.h.: er erfährt, was in dieser seiner besonderen Situation mit ihm gemacht werden kann. So wie in Klinik und Praxis etwas mit ihm gemacht wird, um Krankheit zu beheben, macht auch die Krankenversicherung mit ihm, was bei der Behebung gesundheitlicher Einbußen versicherungsrechtlich möglich ist. Damit besteht die Gefahr, daß der Einzelne in seiner subjektiv erlebten Hilfsbedürftigkeit zum Objekt der Sozialgesetzgebung wird.

Dieser Gefahr steht entgegen, daß die Form der Beratung vom Gesetzgeber nicht festgelegt wurde, vielmehr wurde den Leistungsträgern ein außerordentlicher Gestaltungsspielraum überlassen. So wenig es einerseits dem Gesetzgeber möglich ist, den vielgestaltigen aktuellen und individuellen Formen bestehender Einbußen im Detail zu entsprechen, so ist andererseits für den Leistungsträger die verbliebene Freiheit verpflichtend, die Bedürftigkeit des Einzelnen in einer Beratung durch Erbringen persönlicher Hilfe und durch enge Zusammenarbeit mit anderen zuständigen Einrichtungen transparent zu machen. Solche lebensnahe, personenorientierte Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen durch den Leistungsträger läßt die Erwartung zu, daß der einzelne mündige, gleichwohl leidende und ratsuchende Bürger seine Not nicht nur passiv erlebt; indem er aktiv an der Auflösung dieser Not mitwirken kann, wird nicht länger ausschließlich etwas mit ihm gemacht, sondern er macht selber etwas. Das einseitige Agieren des Leistungsträgers g e g e n ü b e r dem Einzelnen wird zu einem Kooperieren m i t ihm, was u.a. auch einen Ausgleich zwischen den einander korrespondierenden Rechten und Pflichten möglich erscheinen läßt.

Die gesetzlichen Bestimmungen sehen neben Auskunft, Belehrung und Unterrichtung auch die Beratung des Einzelnen und die Kooperation mit anderen Einrichtungen vor. Die Art

der Ausführung dieser Gesetze nun läßt als Folge der persönlichen Beratung ein Verhältnis denkbar erscheinen, in dem der Einzelne "als verantwortungsbewußtes, kritisches, mündiges, vielfach aber auch aufklärungsbedürftiges, auf Information und Betreuung angewiesenes Glied derselben Gemeinschaft angehört, der auch der Verwaltungsträger verpflichtet ist" (WANNAGAT, 1979)[127].

Wird jetzt nochmals die Frage nach den derzeit bestehenden Anforderungen an die Systeme 'Arzt' und 'Krankenkasse' aufgeworfen, so ergibt sich anhand der bisherigen Ausführungen, daß es ungeachtet aller Bemühungen dennoch zu einer zunehmend sich verstärkenden Institutionalisierung, Petrifizierung und Ritualisierung aller bestehenden Einrichtungen, denen in der Literatur zum Teil ein idyllisches Eigenleben attestiert wird, gekommen ist. Dabei ist weder eine Rechtfertigung für den Bürger erkennbar noch eine Beantwortung seiner Bedürfnisse. Wenn nun die in der Konsequenz notwendigerweise bestehenden Divergenzen der einzelnen Bezugssysteme eine solche Entwicklung fortlaufend begünstigen, so ist es sinnvoll und praktisch nützlich, eine Konvergenz anzustreben, indem die verschiedenen Sichtweisen der einzelnen Systeme integriert werden. Da das betroffene Individuum im Schnittpunkt der differierenden und divergierenden Bezugssysteme steht, erscheint es folgerichtig, diesem Einzelnen in seiner Krankheitssituation beratend und begleitend zu helfen, damit er sich als handelndes Wesen Selbstsicherheit erwirbt und sich selbst handlungsfähig hält. Um dieses Ziel erreichen zu können, ist eine gemeinsame Arbeit mit dem Patienten unter Berücksichtigung der Arzt-Patient-Beziehung notwendig. Ebenso ist eine Kooperation mit allen an seiner Versorgung beteiligten Einrichtungen erforderlich, damit möglichst viele Aspekte einer vorliegenden Störung und deren Auswirkung erkannt und bewußt gemacht werden können. Eine so verstandene sozialmedizinische Beratungstätigkeit wird mit den folgenden Ausführungen vorgestellt.

Teil II A L L G E M E I N E R B E R I C H T S T E I L

1. Beratungssituation

Unter dem Eindruck der in den voraufgehenden Abschnitten beschriebenen Entwicklungen und unter dem Druck der gegenwärtig beobachteten Beratungsbedürftigkeit soll nun versucht werden, die allgemeinen Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsmerkmale zu beschreiben.

Nach den Änderungen des Kassenarztrechts von 1955 sind nicht mehr Arzt und Krankenkasse jeweilige Vertragspartner sondern die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkasse. Mit der Einführung der Einzelleistungsvergütung im Jahre 1965 haben die Krankenkassen erneut einen Anlaß gesehen, zur Bewältigung ihrer Aufgaben Ärzte als Ratgeber hinzuzuziehen. So hat sich in den folgenden Jahren unter dem Gesichtspunkt, bei der KV Einsicht und Einfluß in die Prüfverfahren der Abrechnungen zu bekommen, eine Neubelebung des Begriffs beratender ärztlicher Tätigkeit bei der AOK ergeben. Zum Teil werden die Aufgaben nebenberuflich von Vertrauensärzten übernommen, und zum Teil gibt es bei den Krankenkassen direkt angestellte Ärzte, die als beratende Ärzte der AOK tätig sind. Eine genaue Zahl dieser so beschäftigten Ärzte in der BRD ist zur Zeit nicht bekannt. Beim Bundesverband der Ortskrankenkassen üben zwei Ärzte in freier Mitarbeit speziell bezogen auf Fragen der Gebührenordnung die beratende Funktion aus. Und je nach anfallenden Gegebenheiten haben die Landesverbände unter besonderer Berücksichtigung des Vertragsrechts entweder niedergelassene Ärzte oder auch Vertrauensärzte mit der Klärung derartiger Fragen beauftragt. Die Aufgabenschwerpunkte für beratende ärztliche Tätigkeit ändern sich jedoch mit den jeweiligen regionalen Gegebenheiten bei den örtlichen Krankenkassen.

Es liegt im verständlichen Interesse der Krankenkassen, sich bei anfallenden medizinischen Fragen ärztlich beraten zu

lassen. Eine umfassende Interpretation des Begriffs 'Beratender Arzt der AOK' läßt daher mehr Definitionen zu, als sie unter dem alleinigen Aspekt einer Überprüfung jeweils abgerechneter ärztlicher Leistungen möglich sind. -
Die Konzeption, daß unter der Allgemeinen Ortskrankenkasse eine sich selbst verwaltende Gemeinschaft von Versicherten zu verstehen ist, fordert dazu heraus, auch in solchen Bereichen ärztlich zu beraten, die diese Beratung erheischen. Das bezieht sich, wie die Erfahrung gezeigt hat, auf ein breites Spektrum von Problemen, die bei den an der ärztlichen Versorgung Beteiligten auffallen. Dabei handelt es sich um Sachprobleme bei Krankheitsabläufen und Leistungsansprüchen. Es treten Zusammenhangsfragen bei anstehenden Begutachtungen z.B. für Sozialgerichtsverfahren auf; desgleichen werden von den Sozialarbeitern der Kasse krankheitsbedingte Zusammenhänge erfragt. Und ebenso werden Anfragen der niedergelassenen Ärzte bzw. der Klinikärzte, die sich auf Behandlung oder Weiterbehandlung von Patienten beziehen, bearbeitet. Insbesondere aber bilden die Fragen der Betroffenen selbst, also der erkrankten Versicherungsnehmer, einen wichtigen Anteil innerhalb der Beratungsarbeit.
Die beratende und begleitende Tätigkeit für den erkrankten Versicherten ist in den letzten Jahren zu einem wesentlichen Aufgabenschwerpunkt geworden. Innerhalb dieser Entwicklung haben die eigenen ärztlichen Aufgabenfindungen ebensolche Bedeutung erlangt, wie das vom Versicherten empfundene Bedürfnis nach eingehender Beratung bei bestehender Einbuße seiner Lebensfähigkeit und Arbeitsfreude. Solchermaßen neu hinzugekommene Schwerpunkte ärztlicher Tätigkeit bei einer AOK hinsichtlich befund- und befindensorientierter Beratung bedingen grundsätzliche Überlegungen, die im Folgenden geschildert werden sollen.

Voraussetzung für ärztliche Beratung ist eine positive Beziehung zwischen Arzt und Versichertem. Wenn aber der Versicherte lediglich ein Abwehren von Leistungen im Sinne des Kostendämpfungsgesetzes von der Person eines ärztlichen Beraters bei der Krankenkasse erwartet, dann wird er von

sich aus kaum eine Beziehung eingehen, von der er sich Beratung erhoffen kann. Es ist daher zu prüfen, ob eine für die gemeinsame Arbeit erforderliche positive Beziehung zwischen beratendem Arzt und Versichertem vorliegt. Des weiteren muß herausgefunden werden, ob eine solche mögliche Beziehung und Beratung für die ärztliche Versorgung des Versicherten von Bedeutung ist. Pointierter gefragt: braucht der erkrankte bzw. ratsuchende Versicherte eine persönliche Beziehung zu seiner Krankenkasse und zu der beratenden Ärztin? Und welche Bedeutung hat eine solche Beziehung für das Heilungsgeschehen? - Außerdem muß erfragt werden, ob die Systeme der ärztlichen Versorgung und der sozialen Gewährung eine direkte Begegnung von ratsuchender und ratgebender Funktion überhaupt zulassen. Wird die beratende ärztliche Tätigkeit seitens der Ärzte in Klinik und Praxis für sinnvoll gehalten? Und wie finden sich zudem die Mitarbeiter einer Krankenkasse zurecht, deren Kompetenzen und Machtbefugnisse klar abgezeichnet sind? Immerhin werden sie vor das Problem gestellt, daß innerhalb des ihnen vertrauten Arbeitsbereiches eine intime Begegnung zwischen Arzt und Versichertem stattfindet, die Folgen bezüglich der weiteren Versorgung haben kann. Es muß daher auch der Frage nachgegangen werden, ob die Systeme Praxis und Klinik einerseits sowie Sozialversicherung andererseits diese als Möglichkeit hingefragte Beziehung zwischen dem versicherten Patienten und der bei der Versicherung beratend tätigen Ärztin überhaupt annehmen? -

Diese Frage aufzuwerfen bedeutet, sie zu gewichten, indem die Arbeitsbeziehung beleuchtet wird, die zwischen dem Arbeitgeber, also dem Vorstand und der Geschäftsführung einer Krankenkasse, sowie der angestellten Ärztin besteht. Aufgabenschwerpunkte und Denkkategorien dieser Partner sind einander nicht gleich! Der Arbeitgeber ist Auftraggeber und damit weisungsberechtigt, während der Arzt nach der Bundesärzteordnung einen "seiner Natur nach freien Beruf" (NARR, 1973)[128] ausübt, der nach WEIDNER und DENEKE in den Interpretationen die Formulierungen enthält:

> Als Angehörige der freien Berufe gelten "jedoch auch solche in abhängiger Stellung geistig Tätige, die in ihrer spezifischen Berufsausübung trotz des wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnisses nicht an Weisungen ihrer Arbeitgeber oder Auftraggeber gebunden sind oder sein können" (DENEKE, 1972)[129].

Unter Zugrundelegung dieser Definition stellt sich verschärft die Frage, wie denn ein Weisungsberechtigter und ein Weisungsungebundener eine sinnvolle Arbeitsbeziehung eingehen können, besonders wenn medizinsoziologische Untersuchungen berücksichtigt werden, aus denen hinlänglich bekannt ist, welche Rolle bei dieser Problemstellung gerade dem Arzt zufällt (FREIDSON, 1979)[130]. -

Wie zu zeigen sein wird, gehen die zur Bearbeitung anstehenden Fragen von der Krankenkasse, dem Arzt oder dem Betroffenen selbst aus. Dabei erfolgt der erste Kontakt meistens über das Telefon. Die angetragene Fragestellung ist jedoch selten so linear, als daß deren telefonische Beantwortung möglich wäre. (Selbst die Fälle, in denen eine scheinbar klare Fragestellung seitens des Verwaltungsmitarbeiters der Kasse vorliegt, bedingen immer - auch bei telefonischer Bearbeitung - ein komplexes Beantworten, dessen Schilderung jedoch nicht zum Inhalt dieser Arbeit gehören kann.) Eine vollständige Beantwortung macht vielmehr erforderlich, Einblick in Befund und Befinden zu gewinnen; d.h. die ärztlichen Befundunterlagen sind ebenso erforderlich wie die Versicherungsunterlagen und insbesondere die Schilderung des Betroffenen selbst. -
Aus der gegebenen Situation des Einzelfalles heraus erfährt der Versicherte vom Arzt oder vom Verwaltungsmitarbeiter, daß er sich bei der Krankenkasse wegen der Besonderheiten seiner Situation ärztlich beraten lassen kann. An diese Information gebunden fallen bereits wichtige Aspekte auf, die nicht ohne Einfluß auf die später zu leistende Arbeit sind. - Weil eine ärztliche Beratung erfolgen soll, übernimmt der Betroffene, auch wenn er zuvor am Telefon als Versicherter geschildert wurde, den Part eines Patienten. Er kommt also nicht als Beitragszahler oder Versicherungsnehmer - sondern als Patient, um den herum es irgendwelche noch nicht näher

definierten Probleme im Zusammenhang mit seiner Krankheitssituation gibt. Dieser Patient kommt zu einer ärztlichen Beratung, von der er im Vorhinein weiß, daß sie durch eine Ärztin erfolgt. Auf einem anderen Sektor dürfte jedoch noch ein weiterer wichtiger Aspekt liegen!
Die Arbeit zwischen Arzt und Patient oder zwischen Verwaltungsangestelltem und Versichertem hat den Gedanken an die Möglichkeit, Rat bei der sozialmedizinisch tätigen Ärztin der Krankenkasse einzuholen, aufkommen lassen. Und nun ist es die persönliche Entscheidung des Betroffenen, ob er von dieser Möglichkeit Gebrauch machen will. Weder Arzt noch Krankenkassenmitarbeiter "schicken" den Patienten; sie fordern ihn nicht auf, oder laden ihn gar vor. Im Sinne möglicher Dienstleistungen wird der Patient lediglich aufmerksam gemacht, daß er unabhängig von seiner kassenärztlichen Versorgung und unabhängig von den Leistungen der Sozialversicherung das zusätzliche Angebot einer ärztlichen Beratung annehmen kann. Die Entscheidung - so viel wird bereits deutlich - liegt weitestgehend beim Patienten! Mit dem Angebot einer Beratung handelt es sich um eine Möglichkeit, die vom Patienten angenommen oder verworfen werden kann. Der Hinweis, daß man sich bei der Krankenkasse ärztlich beraten lassen kann, hat also weniger den Charakter einer Aufforderung als mehr denjenigen eines Angebotes.
Mit dieser Schilderung seiner eigenen, ihm bezüglich seiner weiteren Behandlung weder Vor- noch Nachteile garantierenden Freiheit muß auch die Frage nach deren Wirkung auf den Patienten gestellt werden. Die durchaus begrenzte Unverbindlichkeit des Angebotes und die ebenso in Grenzen bestehende Freiheit der eigenen Entscheidung bleiben nicht ohne Einfluß auf die Emotionalität des Patienten, und damit auf die Beziehung zur beratenden Ärztin und auf den späteren Gesprächsverlauf. In dieser Situation sind die vom Patienten bereits gemachten Krankheitserfahrungen von ebensolcher Bedeutung wie seine bisherigen Erlebnisse bei öffentlichen Institutionen, Erfahrungen mit 'Arzt' und 'Vertrauensarzt' fallen ins Gewicht wie ebenso seine persönlichen Eindrücke von der Krankenkasse - ganz zu schweigen von seinen individuellen

Lebenserfahrungen und der jeweiligen individuellen Gestimmtheit. Diese Patienten-Ouvertüre scheint wichtig genug erwähnt zu werden, weil mit ihr bereits ein die Beratung beeinflussendes emotionales Geschehen abläuft, ehe es zu einer Begegnung mit der beratenden Ärztin gekommen ist. -

Eine weitere Beobachtung, die ebenfalls den Rahmen einer noch nicht geschehenen Begegnung und eines noch nicht begonnenen Gespräches beleuchtet, soll an dieser Stelle geschildert werden. - Der Ratsuchende kommt zu einem Gespräch bereit in die Krankenkasse, er ist beschäftigt mit seinem Problem, mit dem Vorsatz, vielleicht 'doch mal' darüber zu sprechen - oder genau darüber gerade nicht zu sprechen; er muß sich im Verwaltungsgebäude orientieren, sich den Weg zur beratenden Ärztin erfragen, sich die Räumlichkeiten zeigen lassen oder sich gar noch begleitend helfen lassen. Auf seinem Warteplatz angekommen wird er angesprochen von vorbeigehenden Kassenmitarbeitern, deren primäre berufliche Aufgabe nicht verbunden ist mit Publikumsarbeit; er wird nach seinem Anliegen gefragt, wird befragt, ob er schon angemeldet sei, ob die beratende Ärztin informiert sei - und was dergleichen Fragen mehr sind.
Die Mitarbeiter der Krankenkasse sind gehalten, freundlich und zuvorkommend gegenüber Außenstehenden zu sein; doch gewiß ist diese Höflichkeit nicht nur als Ergebnis einer Ausbildung anzusehen. Es konnte oft genug beobachtet werden, daß hier eine natürliche Hilfsbereitschaft gegenüber einem Fremden zum Ausdruck kommt - eine Form selbstverständlicher Höflichkeit gegenüber einem möglichen Kunden, Beitragszahler und Versicherungsnehmer. Genau dieses Entgegenkommen, dieses Angesprochenwerden bleibt nicht ohne Wirkung auf die Gefühle des Angesprochenen. Mag er noch als Versicherter ein Verwaltungsgebäude betreten haben, so ändert sich in dieser Situation etwas Entscheidendes: er wird durch das Angesprochenwerden zu einem Individuum - zu einem Ratsuchenden, der sich oft gerade im Rahmen dieser beschriebenen Gegebenheiten seiner eigenen Situation bewußt wird. Ob er auf dem kleinen, nur von Mitarbeitern benutzten Flur sitzt, steht

oder umhergeht - er reagiert gefühlsmäßig auf diese Situation. Und weil er die ungewohnte Form zugewandten, hilfsbereiten und freundlichen Fragens der Kassenmitarbeiter nicht mehr ertragen kann, wartet er oftmals darauf, daß diese Wartezeit ein Ende haben möge. -
Mit diesen geschilderten, an die Individualität gebundenen Vorgänge draußen vor der Tür vollziehen sich Veränderungen, die aus dem ratsuchenden Versicherten einen homo patiens - und damit einen Patienten werden lassen. Obwohl an dieser Stelle zunächst nur allgemeine Charakteristika dargestellt werden, soll doch die eben gemachte Feststellung sogleich belegt werden: In einem Fünftel der hier vorzulegenden Fälle war die emotionale Bewegtheit als Folge des höflichen Interesses der Kassenmitarbeiter so stark, daß die Patienten erst einmal eine Erholungspause erbeten haben, um ihre Fassung wiederzuerlangen. Eine Patientin wörtlich:

> "Das kann ich nicht ertragen, hier ist ja jeder freundlich und hilfsbereit - und das bei der AOK - und dann auch noch mir gegenüber! Eben beim Warten hatte ich das Gefühl, ich bin ja doch Jemand".

Nicht nur diese eine zitierte Patientin, sondern auch andere Ratsuchende haben bei Beginn des Beratungsgespräches sich schämend und sich entschuldigend um ihre Fassung gerungen. Diesen einander ähnlichen Gefühlen haben 13 von den 81 hier vorzustellenden Patienten Ausdruck gegeben, während sich zwei Patienten ausgesprochen verärgert über die Hilfsbereitschaft der Kassenmitarbeiter geäußert haben, was ja ebenfalls als emotionale Reaktion gewertet werden muß. Das bedeutet, daß ein Fünftel der Patienten gefühlsmäßig angerührt bis erschüttert auf die äußeren Bedingungen der Begegnungen innerhalb der Krankenkasse reagiert hat, und daß dieser Umstand zu Beginn des Beratungsgespräches bestimmend war. (Damit sind natürlich nicht diejenigen Patienten gemeint, die wegen eigener,krankheitsbedingter emotionaler Gestörtheit zu keiner rechten Wortfindung fähig sind.)

Mit diesen Beobachtungen soll unterstrichen werden, daß die Beratungssituation in einem Vorfeld beginnt, das gesprächsbestimmenden Einfluß hat, obwohl es von der beratenden

Ärztin unbeeinflußt und von den noch zu schildernden allgemeinen Gesprächsbedingungen unabhängig ist.

2. Beschreibung der Arbeitsweise

In der folgenden Darstellung wird davon ausgegangen, daß die Einmaligkeit der vom Patienten erlebten Krankheitssituation arbeitsbestimmenden Charakter hat. Durch einen mehrdimensionalen Ansatz soll versucht werden, den Patienten in der von ihm erlebten Situation zu erreichen. Dabei wird impliziert, daß berufliches Annehmen individueller Patientengegebenheiten an die Subjektivität der beratenden Person gebunden ist. In der praktischen Konsequenz muß daher neben der ärztlichen Ausbildung in der somatischen Medizin zusätzlich ein ständiges Lernen und Erfahren im Umgang mit eigener und fremder Subjekthaftigkeit vorausgesetzt werden. Denn nur eine Grundlage, die objektive Befunde und subjektives Befinden wie ein Kreisgeschehen erscheinen läßt, gibt dem Patienten die Möglichkeit, alle seine Belange vorzubringen und sich im Beratungsgespräch der verschiedenen Sichtweisen seiner Situation bewußt zu werden. Es sollte für den Patienten gesichert sein, daß ärztliches Wissen und emotionale Zugewandtheit vorgegeben sind, damit er Vertrauen haben kann. Erst dieses Vertrauen macht die mögliche Mehrschichtigkeit der bestehenden Probleme transparent.
Neben dieser ständigen Weiterbildung auf medizinischen und psychotherapeutischen Gebieten ist außerdem eine gesicherte Zusammenarbeit mit Mitarbeitern für die beratende Ärztin eine wesentliche Voraussetzung; sie soll daher im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

2.1. Mitarbeiterkreis und Arbeitseinteilung
Nimmt ein Patient die Möglichkeit zur ärztlichen Beratung bei der Krankenkasse an, so ist die erste Kontaktstelle in der Regel die Mitarbeiterin im Vorzimmer. - Bei ihr wird vorausgesetzt, daß sie die in einem Vorzimmer anfallenden Arbeiten selbständig erledigt; das fraglos Neue für diese Mitarbeiterin, die ja im Allgemeinen primär in der Rolle

einer Stenotypistin ihre Erfahrungen als Verwaltungsangestellte gemacht hat, beginnt damit, daß die bekannten Tätigkeitsmerkmale jetzt als selbstverständlich vorausgesetzte Fertigkeiten in den Hintergrund rücken, während verstehende Bereitschaft und Zugewandtheit gegenüber dem Kommenden in den Vordergrund geraten. Diesen neu hinzuzulernenden Fähigkeiten wird großes Gewicht beigemessen, und es wird erwartet, daß eine Bereitschaft entwickelt wird, den Ankommenden, so wie er jetzt ist, anzunehmen, wahrzunehmen, anzuhören und weiter zu vermitteln. Zum Unterschied zu einer Sprechstundenhilfe fallen keine labor- und abrechnungstechnischen Arbeiten an; jedoch sind alle jene Hilfen erforderlich, die die Durchführung einer S p r e c h - Stunde möglich machen. Durch wachsende Vertrautheit mit der eigenen Arbeitsweise, durch die Vielfalt der Kontakte und der zu erledigenden schriftlichen Arbeiten,wie oft genug auch durch den Patienten selbst bekommt die Mitarbeiterin Einblick in Krankheitszusammenhänge, die auch ihr abverlangen, was der Patient braucht: Zeit, Zuwendung, Geborgenheit und Verschwiegenheit. Es ist daher im Vorzimmer eine Stimmung geordneten Annehmenkönnens bei möglichst klar organisierter Arbeitseinteilung beabsichtigt. Daneben wird als wichtig empfunden, Neues, bisher nicht Gekanntes und zumindest an früheren Arbeitsplätzen selten oder nie Gefragtes an Beobachtungen und Wahrnehmungen zu verbalisieren; deshalb wird die Mitarbeiterin auch nach Möglichkeit zu den später noch zu beschreibenden Teambesprechungen zugezogen, nicht allein um ein Protokoll dieser Sitzungen aufzunehmen, sondern um durch eigene Beobachtungen mitzuwirken an der Patientenarbeit und an der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit.

Wie ein Patient auf diese Gegebenheiten reagiert, und wie subtil diese Dinge ablaufen, wie wichtig zunächst als unbedeutend imponierende Wahrnehmungen später werden können, soll am Beispiel des im Einleitungssatz zitierten Gußkontrolleurs (Fall-Nr. 34162) beschrieben werden, der spontan im Vorzimmer erschien, um der beratenden Ärztin ziemlich stolz über den Behandlungsverlauf seiner Erkrankung zu be-

richten. Es handelt sich dabei um einen Patienten, der an einer Depression sowie an den damit verbundenen Familien- und Arbeitsplatzschwierigkeiten leidet. Da die Mitarbeiterin noch in einer Phase des Eingewöhnens war, wurde nach dem Weggang eben dieses Patienten nur so die Bemerkung gemacht, daß der Patient eigentlich erstaunt gewesen sein müßte über das neue Gesicht im Vorzimmer. Als Antwort kam dann etwas Entscheidendes:

> "Ich war ganz verwirrt und wußte gar nicht, was der Patient eigentlich wollte; erst kam er so mit Schwung in das Zimmer hinein - und dann sah es auf einmal aus, als wollte er ganz langsam rückwärts wieder zur Tür. Ich war so verwirrt, daß ich gar nicht mehr weiß, wie er dann eigentlich zu Ihnen ins Zimmer gekommen ist".

Nach nur wenigen Erklärungen über Dauer, Häufigkeit und Art der Beratungsarbeit bei diesem Patienten wurde der Mitarbeiterin durch das szenische Erleben dieser einen Situation klar, daß ein Patient nicht gleich sein Vertrauen, das er zur Vorgängerin entwickelt haben mag, übertragen kann, und daß ferner die an den Patienten gerichtete Frage: "Was wünschen Sie?" je nach Art und Ton sowohl Vertrauen wecken wie auch zugleich Mißtrauen auslösen kann. - Unabhängig nun von diesem Gespräch über tatsächliche und mögliche Patientenreaktionen wurde mit der Miniaturszene und dem Gespräch darüber zusätzlich die Sensibilität der Mitarbeiterin deutlich, die sich durch den Mut zum Verbalisieren ihrer eigenen Beobachtungen praktisch qualifiziert hat. -

Es wird übrigens hier und im Folgenden bewußt von der Mitarbeiterin gesprochen, denn die in dieser Untersuchung zu beschreibende ärztliche Arbeit ist nur möglich auf der Grundlage einer Zusammenarbeit. Gelingt diese, so ist die Reaktion des Patienten oft genug von der Art, daß er sich bereits (oder auch ausschließlich) bei der Mitarbeiterin im Vorzimmer mitteilt, entweder weil er seine verbesserten Laborbefunde (Fall-Nr. 20147) ganz selbstbewußt weitervermittelt wissen will (Patient als Auftraggeber!), weil er Rücksicht auf den möglichen Zeitmangel bei der beratenden Ärztin nehmen möchte oder ganz einfach, weil er die Mitarbeiterin als seinesgleichen ansieht, der gegenüber er sich

auch leichter ausdrücken kann. Und auch solche Reaktionen sind bekannt, bei denen der Patient sich entlädt, seinem Ärger über Praxis, Klinik und Versicherung Luft macht (z.B. Fall-Nr. 24271), was ebenfalls bei der Mitarbeiterin manchmal leichter zu sein scheint, als im Gespräch mit der beratenden Ärztin, ob nun aus Gründen der Sprache oder aus Gründen üblicher Interaktionsregeln - das möge an dieser Stelle offen bleiben.

Der Mitarbeiterin im Vorzimmer obliegt es ebenfalls, die Termine zu vereinbaren, da - wie später noch zu beschreiben sein wird - manches Gespräch beachtliche Dauer hat, und da Wartezeiten vermieden werden sollen. Bei der Arbeitseinteilung wird so verfahren, daß für jeden anfallenden Arbeitstag ein neuer Patient angenommen wird. Dieses Vorgehen, das aus praktischen Erfahrungen erwachsen ist, ist identisch mit Beobachtungen, die von Ärzten in psychosomatisch orientierten Praxen gemacht wurden, um eine integrierte Medizin für den Patienten anzubieten[131]. Bei der Termineinteilung wird versucht, das erste Gespräch mit einem Patienten, welches meistens 45 bis 50 Minuten in Anspruch nimmt, morgens um 9.oo Uhr festzulegen, es sei denn, dies ist wegen der Arbeitszeit des Patienten nicht möglich. Für solche Situationen werden Termine am späten Nachmittag vereinbart. Trotz dieser Regelungen können Wartezeiten auftreten, weil mancher Ratsuchende spontan aus seiner jeweiligen Gestimmtheit heraus erscheint. Erfahrungsgemäß treten solche Situationen jedoch erst im Laufe des Tages ein - ein nicht unwesentlicher Grund, das terminierbare erste Gespräch auf 9.oo Uhr zu legen; nach einer ersten Besprechung und Regelung der wichtigsten administrativen Angelegenheiten folgt nun die Zeit, in der die geringste Zahl von Störungen beobachtet wurde. Bei Wartezeiten, die aus vorher nicht abzuschätzenden Gründen entstehen, wird der Patient auf deren mögliche Dauer aufmerksam gemacht, um dann selbst zu entscheiden, ob er warten oder einen Termin vereinbaren will. Kommt es zu Überschneidungen z.B. durch Terminvereinbarung mit dem einen Patienten und einer krisenhaften Situation

bei dem anderen Patienten, so wird dies offen besprochen und eine gemeinsame Entscheidung gesucht - eine Methode, die sich auf dem eigenen Arbeitssektor bewährt hat! Es fällt in diesem Zusammenhang auf, mit wie wenig Verärgerung die Patienten auf dennoch entstandene Wartezeiten reagieren. In den hier vorzulegenden Protokollen ist lediglich ein Fall enthalten, bei dem ein Ehemann seine Frau gegen deren Willen zum Beratungsgespräch brachte (Fall-Nr. 41279), und bei dem es zu einer ausgeprägten Verärgerung kam, als nicht alles nach Plan lief. In den anderen Fällen, in denen eine Wartezeit unvermeidbar war, wurde geduldiges bis ergebenes,wie auch gespannt-erregtes Warten beobachtet. - Es existiert, wie bereits erwähnt, kein eigentliches Wartezimmer, doch ist ein dafür geeigneter Vorplatz vorhanden, der sich mit der gegebenen Einrichtung für diesen Zweck anbietet, und auf dem bei Bedarf Lektüre ausgelegt wird.

Neben diesen geschilderten Praktiken muß noch eine Besonderheit eigener Arbeitsmethodik erwähnt werden, auf die an folgenden Stellen zurückgegriffen wird. -
Während der Jahre ärztlicher Beratungstätigkeit ist es bei den Krankenkassen zu zeitgemäßen Veränderungen gekommen. So bedeuten z.B. die seit einigen Jahren zu den Mitarbeitern der Krankenkassen zählenden Sozialarbeiter keine Novität mehr. Diese gehören ebenso wie die beratende Ärztin zu der Gruppe, die durch ein berufsbedingtes Vertrauensverhältnis zum Patienten gekennzeichnet ist. Aufgrund der in der Arbeit mit den Versicherten gemachten Erfahrungen haben sich zunächst Sozialarbeiter und beratende Ärztin zu gemeinsamen Gesprächen zusammengefunden; inzwischen jedoch finden diese regelmäßig einmal in der Woche stattfindenden Besprechungen unter der Mitwirkung eines Psychologen oder einer Psychologin statt. Für diesen Kreis patientenorientierter Mitarbeiter der Krankenkasse hat es sich als hilfreich und sinnvoll erwiesen, einzelne, Schwierigkeiten bereitende Fälle gemeinsam zu besprechen. Die aus dem beruflichen Bedürfnis des einzelnen Mitarbeiters heraus für notwendig erachteten Besprechungen haben keinen offiziellen Charakter und keine

offizielle Bezeichnung. Intern als 'Montagsrunden' bezeichnet, werden diese festgelegten Termine im Folgenden Team-Gespräche genannt. Charakteristisch für diese Zusammenarbeit ist, daß die jeweils vorgetragene Situation eines Patienten im Mittelpunkt steht, und daß gemeinsam trotz - oder gerade wegen unterschiedlicher beruflicher Qualifikationen und Erfahrungen nach anderen Sichtweisen,und damit nach patientenadäquaten Möglichkeiten einer Lösung gesucht wird. Dabei scheint es wichtig zu erwähnen, daß diese Gespräche von den einzelnen Team-Mitgliedern als wesentliche Ergänzung, Bereicherung und oft genug auch als Erleichterung hinsichtlich der Berufsausübung empfunden werden, da dem Einzelnen zwangsläufig Kenntnisse anderer Fachgebiete fehlen, und die Zusammenarbeit neue Perspektiven sowie neue Lösungsmöglichkeiten sichtbar macht. Diese Teambesprechungen haben sich in der Zwischenzeit als so nützlich und sinnvoll erwiesen, daß anläßlich einer in dieser hier vorzulegenden Fallsammlung nicht enthaltenen Patientensituation eine Ausweitung der Besprechungen auf den Vertrauensärztlichen Dienst erforderlich wurde. Aufgrund dieser gemachten Erfahrung werden für die Zukunft gemeinsame Teamgespräche mit dem jeweils zuständigen Vertrauensarzt angestrebt.

2.2. Gesprächsrahmen

Aus der Schilderung der Arbeitsbedingungen und des Mitarbeiterkreises wird die Absicht deutlich, auf die Einmaligkeit der jeweiligen Patientensituation einzugehen. Diese Absicht ist an bestimmte Rahmenbedingungen gebunden, für die sich weniger im Bereich der Organmedizin als vielmehr im Bereich der Psychotherapie der Begriff des 'setting' eingebürgert hat. Da der Rahmen eines Gespräches wesentlichen Einfluß auf dessen Verlauf und Ausgang hat, sei dieses setting in seiner Form und in seiner Absicht im Folgenden geschildert.

Macht sich ein Patient oder ein Versicherter ein Bild von einem Arzt, so hat er in den meisten Fällen im Vorhinein eine bestimmte Vorstellung: weißes Zimmer - zumindest weißer

Kittel, manches Instrumentarium - z.B. Stethoskop, Untersuchungsliege, Blutdruckmeßgerät und je nach Fachgebiet eine Vielzahl technischer Geräte, die Vertrauen, Respekt aber auch Furcht einflößen können. Diese Requisiten helfen unabhängig von der Begegnung zwischen Arzt und Patient und schon vor Beginn jeglicher Interaktionen einen Zustand aufbauen, an dem nicht zuletzt auch Wartezimmer, Wartezeit und vorherrschender Geruch beteiligt sind. Die äußeren Attribute vermitteln eine Distanz; sie lösen bei dem Patienten je nach Veranlagung und Verfassung Vertrauen oder Furcht aus; und sie geben dem Arzt - wie oft genug beschrieben - möglicherweise Schutz.
Nahezu alle Attribute fehlen in der Situation beratender ärztlicher Tätigkeit! Es wird weder körperlich untersucht sondern zurückgegriffen auf bereits erhobene Befunde, noch wird körperlich behandelt; vielmehr werden laufende Behandlungen koordiniert. Weder Untersuchungsliege noch Kittel sind erforderlich. Damit ist ein veränderter äußerer Rahmen einer Begegnung zwischen der beratenden Ärztin und dem Patienten umrissen. Weder hat die Ärztin ihre gewohnte Schutzkleidung um sich herum, noch trifft der Patient auf die von ihm an der Ärztin erwarteten Äußerlichkeiten.

Dieser Umstand führt bei beiden Partnern zu Reaktionen. Es steht außer Frage, daß bei einem Anstellungsverhältnis bei einer Krankenkasse sowohl in der Begegnung mit den Kassenmitarbeitern, die ja in vielfacher Form in die Rolle von Auftraggebern hineingleiten, wie auch in der Begegnung mit den zu beratenden Patienten dieser Umgang mit veränderten äußeren Rahmenbedingungen erst erlernt werden muß. Was in Klinik oder Praxis weniger ins Gewicht fallen mag, weil der medizinisch-technische Hintergrund immer noch vorhanden ist, erfordert eine Umorientierung und eine Neugewichtung eigener beruflicher Vorstellungen und Ziele in der Situation beratender ärztlicher Tätigkeit bei einer Verwaltung. -
Doch ebenso wie die veränderten äußeren Bedingungen emotionale Reaktionen (und Erfahrungsprozesse!) bei der beratenden Ärztin ausgelöst haben, so wecken sie auch beim Patienten Reaktionen, die er teils fühlbar, teils hörbar macht. Der

Ehemann einer Patientin (Fall-Nr. 41279) sieht die beratende Ärztin beispielsweise als ein ihm jederzeit zur Verfügung stehendes, gut informiertes 'Werkzeug' an, von dem er etwas erwarten, das er benutzen kann. Und von der Patientin mit der Fall-Nr. 37259 kam am Ende des ersten Gespräches die unsichere Anrede: "Frau Ärztin - das sind Sie doch wohl?" Diese beiden Beispiele zeigen, daß der Patient auf Abweichungen von dem von ihm erwarteten Bild reagiert. Einige Patienten sprechen ihre Gefühle von Überraschung oder Enttäuschung aus; die weitaus größte Mehrzahl der Patienten nimmt jedoch kaum mehr Notiz von diesen veränderten äußeren Arbeitsbedingungen. Mit diesen Beispielen soll jedoch auf die Vielfalt möglicher Patientenreaktionen sowie auf die Grenzen, die im andersartigen Settingbereich einer beratenden Tätigkeit gezogen sind, hingewiesen werden.

Entsprechend der Absicht einer ärztlichen Beratung muß auch die Gestaltung des Raumes als setting angesehen werden. Neben Schreibtisch und Schränken mit Büchern und Aktenordnern sind Sitzmöbel und deren Verteilung, sowie Bilder nebst bestimmenden Farben und Formen nicht unwesentliche Attribute, die im Beratung suchenden Patienten Stimmungen auslösen. Die Harmonie im Raum, der nach H.G. RECHENBERGER zwar die persönliche Note des Untersuchers tragen darf, um damit anzudeuten, daß auch dieser ein Mensch mit bestimmten Eigenschaften und Neigungen ist[132], ist ein emotionales Angebot an den Patienten, auf welches er reagiert,und welches Einfluß hat auf das zwischen Arzt und Patient sich entwickelnde Feld. Der Patient soll die Möglichkeit haben, einen Platz für sich zu finden, ob nun im Sessel in der Ecke oder auf dem zielstrebig zwischen Diktiergerät und Telefon hinter dem Schreibtisch eingenommenen Platz, um sich mitzuteilen, um zu sprechen. - Dieses erste Handeln des Patienten im Raum geschieht in einem Augenblick hoher Wachsamkeit und Präsenz. Und die beiderseitigen Reaktionen auf äußere Gegebenheiten bedeuten einen situationsgebundenen Beginn der Begegnung. Keine Regeln, Ärztin oder Patient seien so oder so, dominieren. Es wird versucht, durch keine Äußerlichkeiten

ein zusätzliches Interaktionsgefälle aufkommen zu lassen. Diese Tendenz, auf einer ursprünglichen Ebene zu bleiben, und dem Patienten auf dieser Ebene zu begegnen, vergrößert erfahrungsgemäß die Chance, daß der Patient sich so gibt, wie er jetzt in diesem Augenblick gestimmt ist. Der Patient betritt das Beratungszimmer, verschafft sich seine Orientierung und sucht sich seinen Platz. - Als Beispiel sei hier ein Patient erwähnt, der gleich am frühen Morgen verärgert über das ihm unverständliche und unfreundliche Verhalten seines Hausarztes spornstreichs bei der Krankenkasse sich Luft zu machen versuchte. Nachdem er bei zwei Mitarbeitern der Krankenkasse seinen Zorn abgeladen hat, wird er schließlich zur beratenden Ärztin verwiesen, kommt im Vorzimmer an - trägt also zum dritten Mal seine Wut vor, um dann im Zimmer der beratenden Ärztin - weil´s ja schneller geht! - am Schreibtisch Platz zu nehmen. Mitten im Redeschwall, nachdem einiges Sortieren des Vorgebrachten gelungen ist, kommt ein Stocken, ein Staunen:

"Ja - was ist denn das hier, hier ist ja Ruhe,
hier - sich umsehend - kann man ja ganz ruhig
miteinander reden. Hier ist ja gar keine Hektik!
Kann ich da mal wiederkommen, wenn ich was habe?" -

Das bedeutet konkret, daß dieser Patient sich von den räumlichen Gegebenheiten hat ansprechen lassen, daß er sich in sie hat hineinfallen lassen, daß er bei sich ist, und daß damit wichtige Voraussetzungen für ein Gespräch mit diesem Patienten erfüllt sind. Daß jedoch so viel Freiheit zulassende Form den Patienten auch verunsichern oder seine Ablehnung hervorrufen kann, versteht sich fast von selbst. Als Beispiel für diese Unsicherheit sei hier die erste Begegnung mit einer Patientin (Fall-Nr. 37259) wiedergegeben. Irritiert durch den Hinweis, daß sie ihren Mantel auch ablegen könne, betritt die Patientin den Raum und bleibt stehen. Die nun folgende Aufforderung:

"Na, nun setzen Sie sich mal!"

beantwortet die Patientin mit der Frage:

"Jaaa - wo soll ich mich denn hinsetzen?"

"Vielleicht da, wo Sie gerne sitzen möchten?"

"Ja aber, wo sitzen Sie denn?"

"Hier ist ja Platz genug - meinen Sie nicht auch?"
"Kann ich mich denn dann auch in d e n Sessel da setzen? -"

Als weiterer gestaltgebender Faktor gehört die jeweils zur Verfügung stehende Zeit zum setting! Von manchen Autoren wird daher empfohlen, dem Patienten zu Beginn der Begegnung mitzuteilen, für welchen Zeitraum der Arzt ihm zur Verfügung steht[133]. In der eigenen Arbeitsmethode hat sich herausgestellt, dem Patienten die für das erste Gespräch veranschlagte Zeit bei der Gesprächsvereinbarung zu nennen, damit auch er sich auf diese Zeit einrichten kann. Auf diese Weise wissen beide Gesprächspartner voneinander, daß der für ein Gespräch so schädliche Zeitdruck ausgeklammert ist. Michael BALINT hat in seinem Werk "Der Arzt, sein Patient und die Krankheit" (BALINT, 1975)[134] mit aller Deutlichkeit herausgestellt, daß es notwendig ist, daß der Arzt für Patienten mit Problemen Zeit zu "richtigen langen Aussprachen" zur Verfügung hat, und daß sich eine derartige Investition letztlich immer bezahlt macht. Darum wird in der eigenen Arbeit versucht, mindestens für das verabredete Erstgespräch selbst nicht unter Zeitdruck zu stehen, und dies dem Patienten auch klar zu verstehen zu geben! Es hat sich wiederholt gezeigt, daß die dann in der Folge erforderlichen oder erbetenen Gespräche eines deutlich geringeren Zeitaufwandes bedürfen. -

Aber nicht nur die äußeren Gegebenheiten von Raum und Zeit sind für das setting bestimmend, sondern diese wiederum spiegeln die inneren Gegebenheiten der Personen - z.B. der beratenden Ärztin -, was augenblicklich und nonverbal Patientenreaktionen bewirkt. Es wird vom setting erwartet, daß es einen "angstfreien Raum" anbietet, in welchem dem Patienten erlaubt wird, "den Doktor zu gebrauchen, zu benutzen" (LOCH, 1975)[135]. - Besser als jede Beschreibung illustriert abschließend ein Beispiel aus den hier zugrundeliegenden Protokollen die Wichtigkeit des setting im Beratungsgespräch wie auch im Ablauf des klinischen Alltags. Die Patientin mit der Fall-Nr. 12267 wurde, nachdem sie zwei krebskranke Ange-

hörige in deren letzten Lebensmonaten und -wochen gepflegt hatte, von ihrer Tochter vorgestellt, da beide inzwischen körperliche Symptome und Ängste entwickelt hatten. Die notwendige und klinisch aufwendige Diagnostik war von der Mutter immer wieder hinausgeschoben worden. Nach einer eingehenden Anamnese wurde im Beratungsgespräch auch der bevorstehende Untersuchungsgang besprochen; die Patientin entschied sich für die Untersuchung. Anschließend wurden in einem Gespräch mit dem zuständigen Klinikarzt wichtig erscheinende Fakten aus der persönlichen Anamnese der Patientin vorgebracht. Späterhin kommentierte die Patientin die Untersuchung:

> "Das war zwar alles sehr unangenehm - aber viel wichtiger war, daß der Arzt, der die Untersuchung gemacht hat, so nett war und so viel nach mir gefragt hat - als ob er verstanden hätte, daß ich vorher so viel Angst hatte."

Dieser Kommentar hebt das Bedürfnis der Patientin hervor, entsprechend ihrer persönlichen Vorgeschichte untersucht und behandelt zu werden - ein Patientenbedürfnis, das durch die umfassenden Beobachtungen und Auswertungen von Karlheinz ENGELHARDT et al. belegt wird (ENGELHARDT, 1973)[136]. - Mit dem setting werden also nicht nur sachliche und räumliche Gegebenheiten angesprochen, vielmehr sind in dem Begriff vom "angstfreien Raum" alle jene äußeren und inneren Rahmenbedingungen einer Arzt-Patient-Begegnung zusammengefaßt, die dem Patienten emotionale Sicherheit vermitteln.

2.3. Gesprächsführung

Betroffenheit und Erstaunen stellen sich ein, weil die alleinige Chance ärztlichen Handelns nun im Gespräch mit dem Ratsuchenden liegt. Die Benutzung von Sprache, die Möglichkeiten des Redens und des Zu-hörens, die Gelegenheit des Mit-teilens bekommen überragendes Gewicht, weil 'Sprache' in dieser Situation das einzig verbliebene und verfügbare Werkzeug ist. Der Benutzung von Sprache, der Art auch, wie miteinander gesprochen wird, kommt damit eine zentrale Rolle zu. Diese Tatsache erscheint von augenfälliger Wichtigkeit, da mit der Benutzung des Werkzeuges 'Sprache' alle Chancen und zugleich eine unerhörte Anmaßung gegeben sind. Bei

Rainer Maria RILKE heißt es in einem Gedicht: "Ich fürchte mich so vor der Menschen Wort, sie sprechen alles so deutlich aus ... ihr Garten und Gut grenzt gerade an Gott"; in diesen Zeilen klingt an, was Karl JASPERS als spezifische Schamlosigkeit beschreibt, wenn er von einem Sagenmögen dessen spricht, was im Sagen gerade zerstört wird. Karl JASPERS spricht von der Schädlichkeit einer psychologischen Atmosphäre, von einer Zudringlichkeit zum Anderen als psychologischer Wirklichkeit, und er macht auf die in dieser Atmosphäre bereitliegende Unsauberkeit aufmerksam, wenn er im Gegensatz dazu die Sauberkeit des naturwissenschaftlich arbeitenden Arztes herausstellt, der in seinem Felde klare und wirksame Therapie betreibt (JASPERS, 1955)[137].

Die Problematik, die mit der Benutzung von Sprache gegeben ist, wird erweitert, wenn es um Deuten und Auslegen des Gesprochenen geht. Dabei handelt es sich nicht um einen Vorgang des Messens und des Wiegens, sondern des Wertens und des Wägens von mitgeteiltem Erlebtem, wie Fritz HARTMANN schreibt[138]. HARTMANN führt aus, daß der kranke Mensch im Wort etwas von seinen Gedanken mitteilt und im Wort etwas zu Leben erweckt, das in dem Mitmenschen Arzt vom gehörten Wort zu einem Gedanken wird. Wie weit nun die beiden Gedanken übereinstimmen, schreibt HARTMANN, hängt von vielen Faktoren ab, von denen er in der gleichen Arbeit einige aufzählt. -

Daß diese so selbstverständlich anmutende Chance, Sprache zu benutzen, ihre deutlichen Grenzen hat, geht ferner aus einer Vielzahl von Untersuchungen und Dokumentationen der letzten Jahre hervor, die sich mit den Interaktionen zwischen Arzt und Patient befassen. Paul LÜTH hat sich der Mühe unterzogen, in seinem Buch "Sprechende und stumme Medizin" auf die Vielfältigkeit und Komplexität der verschiedenen Disziplinen hinzuweisen, die sich in der Sprachkommunikation von Arzt und Patient niederschlagen, um mit dieser umfassenden Darstellung ein Engagement an der Vermenschlichung mindestens der Arzt-Patient-Beziehung zu wecken (LÜTH, 1974)[139]. - Dem verbalen Handeln des Arztes im Gespräch, der Verständigung zwischen Arzt und Patient ist

im deutschen Sprachraum - wie zuvor erwähnt - besonders Lieselotte von FERBER nachgegangen. Ausgehend von dem Begriffssystem der Sprachsoziologie mit dem Ziel einer Verständigung zwischen Sprechen und Zuhören bekommt Sprache sowohl als Forschungsmethode wie auch als theoretische Grundlage kommunikativer Therapie Gewicht (L.von FERBER, 1978)[140]. Untersuchungen über sprachliche Unterschiede haben gezeigt, daß die Sprache des Arztes, die in den langen Jahren des Studiums erlernt und verinnerlicht wurde, eine technische Sprache ist, während die kommunikative Sprache des Patienten bildhafte und konkrete Beschwerdeangebote enthält (L.von FERBER,1973)[141]. Die beabsichtigte Verständigung zwischen beiden stößt also dadurch auf Barrieren, daß Arzt und Patient nicht die gleiche Sprache sprechen, eine Tatsache, die verstärkt wird durch Untersuchungen, welche die verschiedenen Sozialdialekte bei unterschiedlicher Schichtenzugehörigkeit zum Inhalt haben.

Wenn nun die jedem Menschen als Ausdrucksmittel zur Verfügung stehende Möglichkeit einer Benutzung seiner Sprache hier in den Mittelpunkt gerät, wenn Sprechen und Hören zentrale Be-deutung erhalten, dann ist es notwendig, den angewandten Gesprächsformen nachzuspüren. Bei dem Bemühen, diese Gesprächsformen zu objektivieren, ist zu bedenken, daß die beiderseitigen Deutungen des Gesprochenen wägbare und unwägbare subjektive Momente enthalten. Da dieser Umstand bei gleicher Nationalität beider Gesprächspartner bereits Schwierigkeiten beinhaltet, bekommt er zusätzliches Gewicht, wenn Arzt und Patient unterschiedliche Nationalität haben, abgesehen von den Einflüssen verschiedener Religions-, Generations- und Schichtenzugehörigkeit. Als Beispiel sei hier ein spanischer Patient (Fall-Nr. 53169) mit einem Ulcus-Leiden und mannigfachen somatischen Beschwerden ohne organischen Befund erwähnt, bei dem in mehreren Beratungsgesprächen der Verdacht auf eine Angstproblematik entstand, die dann in der Klinik unter Einbeziehung der Ehefrau durch eine hispanophile Kollegin bearbeitet werden konnte. -

Nach welchen Methoden wird nun ein sozialmedizinisches Beratungsgespräch geführt, und welche Phasen werden dabei beobachtet. Dem prozessualen Ablauf der Beratung entsprechend seien die einzelnen Abschnitte des Gesprächs zuvor genannt und dann beschrieben:

1. ERÖFFNUNGSFRAGE
2. KLIENTENZENTRIERTE METHODE
3. INTERVIEWFORM
4. SCHLÜSSELFRAGEN
5. IDENTIFIKATION UND INTERPRETATION
6. VERSAGUNGSHALTUNG
7. EIGENE LÖSUNGSGEDANKEN DES PATIENTEN

"Wie fängt man an?" - In seinem Werk "Der Arzt, sein Patient und die Krankheit" hat Michael BALINT dieser Frage eigens ein Kapitel gewidmet (BALINT, 1970)[142]. Hier wie an anderen Stellen betont Michael BALINT immer wieder, "wenn der Arzt im Stile der üblichen Anamnese fragt, so erhält er eben Antworten auf seine Fragen - aber weiter auch nichts"[143]. - Will die beratende Ärztin also mehr erfahren, als durch eine Beantwortung von Fragen möglich ist, so müssen andere Regeln beachtet werden. Es mutet als eine recht erstaunliche Sache an, daß diese Regeln für ein ärztliches Gespräch inzwischen in den Fachbereich der Psychotherapie hineingehören. Auch in der Gebührenordnung ist das therapeutische - und somit das etwas verändernde Gespräch - in dem Kapitel der Psychotherapie angesiedelt, obwohl doch Ärzte jeder Fachrichtung eine S p r e c h stunde halten, in welcher Arzt und Patient miteinander sprechen. -

Wie schwer diese 'Sprechstunde' ist, wie schwer es ist, einen Anfang zu finden, geht aus einer Reihe von Veröffentlichungen hervor. So macht Fritz MEERWEIN z.B. darauf aufmerksam, daß gerade dem Beginn des ersten Gespräches gegenüber den nachfolgenden Gesprächen eine besondere Bedeutung zukommt, die in ihren vegetativen Begleiterscheinungen direkt meßbar ist. Als Parameter werden Herzfrequenz, Blutdruck und Hautdurchblutung beider Gesprächspartner angegeben (MEERWEIN, 1974)[144]. Diese angegebenen Beobachtungen

wurden durch Untersuchungen aus der psychosomatischen Abteilung der Heidelberger Universitätsklinik bestätigt, die in einem Seminar zur Psychosomatik der Herz-Kreislauferkrankungen auf den diesjährigen Lindauer Psychotherapietagen vorgetragen wurden (REINDELL, KÄMMERER, 1982)[145], und die die Gleichzeitigkeit körperlichen und seelischen Geschehens als ein kybernetisches Prinzip erhärten. - Der Beginn des Gespräches rankt sich um die sog. ERÖFFNUNGSFRAGE. MEERWEIN gibt als beispielhafte Frage: "Was führt Sie zu mir?" an[146], macht aber in diesem Zusammenhang zugleich auf die wichtige Bedeutung der Betonung jedes einzelnen Wortes aufmerksam und damit auf die mögliche unterschiedliche Wirkung. Eröffnungsfragen wie: "Womit kann ich Ihnen dienen?" oder: "Was kann ich für Sie tun?" werden von MEERWEIN abgelehnt, da sie vorwegnehmen, daß sich der Arzt als 'Diener' anbietet, womit wiederum bestimmte Rollen festgelegt werden. Paul LÜTH greift die Diskussion um diese zuletzt genannten Eröffnungsfragen auf und weist die Empörung mancher Kollegen, mit derartigen Fragen befände man sich "nicht mehr so weit ab vom Kolonialwarenhändler an der Ecke" zurück mit dem Hinweis, daß es diesen Kolonialwarenhändler an der Ecke seit einiger Zeit nicht mehr gibt, weil Lebensmittel im Supermarkt erstanden und bezahlt werden, ohne daß dabei gesprochen wird (LÜTH, 1974)[147]. - Eine eigene jüngst gemachte Beobachtung zeigt, wie verunsichernd das Problem der Eröffnungsfrage tatsächlich ist. Als auf die Frage: "Was kann ich für Sie tun?" die vernommene Präsenz und Bereitschaft freudig zurückgegeben wird, kommt des erfahrenen Chefarztes Unsicherheit zum Ausdruck:

> "Ach, diese Frage soll ich ja nicht mehr stellen, sie soll sich ja nicht gehören, das habe ich jetzt gelernt; aber sie rutscht mir noch immer wieder heraus". -

Außer der Wortwahl ist auch der Tonfall der Eröffnungsfrage reaktionsbestimmend, weshalb also mit einer gewählten Formulierung nicht zugleich die erwartete Eröffnung gesichert ist. Von Dietrich LANGEN sind Eröffnungen überliefert wie: "Nun, was hat´s denn?" und: "Bitte"[148], doch gerade dieses "Bitte" kann von einem anderen Arzt, von einer anderen Stimme aus-

gedrückt eine Fülle unterschiedlicher, nicht absehbarer Patientenreaktionen zur Folge haben. - Seitens der beratenden Ärztin ist die Absicht der Eröffnungsfrage, Bereitschaft zum Zuhören zu signalisieren und nichts zu präformieren, damit der Patient selbst die Richtung des Gespräches bestimmen kann. Es hat sich dabei bewährt, zunächst auf das szenische Geschehen der Begegnung und der Begrüßung einzugehen, dabei auch eventuelle Besonderheiten beispielsweise des Namens oder des Dialektes lose aufzugreifen und abzuwarten, bis der Patient sich in der gegebenen Situation arrangiert hat, um dann oft genug zu erleben, daß der Patient von selbst die Sprache auf sein Anliegen bringt. Nur wenn es erforderlich ist, wird eine eröffnende Frage gestellt; dabei lautet die häufigste Version nach eigenen Beobachtungen: "Nun, was führt Sie denn heute hierher?", wobei allerdings eine Zäsur im bisherigen Verlauf der Begegnung durch Änderung des Tonfalls oder der Wortwahl bzw. der eigenen Haltung zu vermeiden versucht wird.

Es wurde eingangs schon darauf hingewiesen, daß die angewandten Methoden der Gesprächsführung dem Teilgebiet der Psychotherapie zugehören. Ohne therapeutische Absichten zu hegen, werden dennoch partiell therapeutische Praktiken angewandt. So zieht sich beispielsweise durch die gesamte Beratung der rote Faden der Methoden einer KLIENTENZENTRIERTEN GESPRÄCHSFÜHRUNG hindurch, die von C.R. ROGERS und R. TAUSCH zu einem eigenen Therapieverfahren entwickelt wurden[149]. Grundlegende Wesensmerkmale dieser klientenzentrierten Methode sind ein Verzicht auf naturwissenschaftlich-kausalistisch orientiertes Verständnis sowie ein weitgehender Verzicht auf Diagnostik, um dafür in der Begegnung mit dem Patienten eine dialogische Situation zu sehen, in der es besonders für den Patienten auf das Erleben eben dieser Situation ankommt. Die Voraussetzungen für ein patienten- bzw. klientenorientiertes Vorgehen sind nach ROGERS "einfühlendes Verstehen", "emotionale Wärme" und "Echtheit". Mit dieser dem Patienten zugewandten Art wird eine Ebene erreicht, auf der das Gefälle zwischen Fachmann und Ratsuchendem weitestgehend abgebaut werden kann. In der

ärztlichen Beratungssituation wird versucht, nicht ausschließlich die schon im voraus Wissende, den Patienten nach bestimmten Rastern einordnende Führende im Gespräch zu sein; vielmehr begibt sich die beratende Ärztin einer gewissen Dominanz und riskiert ein du-haftes Gegenüber, welches einfühlendes, hinhörendes Arbeiten abverlangt und ein "Durch-und-Durch-Erkennen" - also eine dia-gnosis - in den Hintergrund treten läßt. Durch Behutsamkeit und Versöhnlichkeit soll an die Stelle einer "entlarvenden Psychologie" nach Karl JASPERS das "erhellende Verstehen" treten mit einer "bejahenden Grundhaltung, die liebend auf das Wesen des Anderen eingeht"[150]. -
Über Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen dieser zu einem Therapieverfahren entwickelten Gesprächsführung soll hier nicht referiert werden - Paul LÜTH sieht beispielsweise die Erklärungen von ROGERS für "eigentümlich primitiv" an, er bezeichnet die Begriffe von "Echtheit und Wärme" als nicht verifizierbar und hält das Konzept, den strukturellen Differenzierungen der Psyche gerechtzuwerden, für nicht geeignet (LÜTH, 1974)[151]. - Daß es in der Person des Zuhörenden begründet liegt, ob sich ein Patient im Gespräch entfalten kann, ist jedoch unabhängig von den Methoden der klientenzentrierten Gesprächsführung in der einschlägigen Literatur vielfach belegt. So lautet z.B. eine Forderung von MAUZ: "Wer richtig zuhören will, muß zunächst alles Wissen vergessen"[152]. SCHLEGEL beschreibt, wie aus Konsultation Begegnung wird und aus Exemplaren einmalige Individuen, von denen er sagt: "Von denselben Eltern abstammend, demselben Schicksal ausgesetzt, wäre ich jetzt so wie dieser Patient"[153] - ein Bekenntnis, welches in deutliche Nähe rückt zu einer von Indianern stammenden Weisheit, nach der man seinen Nachbarn nicht beurteilen möge, ehe man nicht eine Meile in seinen Mokassins gewandert ist.

Um mit dem sachlichen Anliegen eines Patienten auch von dem Schicksal dieses betroffenen Einzelnen etwas zu erfahren, hat es sich bewährt, die bestehenden Fakten, die immer auch einen Teil der Lebensgeschichte des Patienten enthalten, nicht abzufragen, sondern in der Form eines INTERVIEWS zu erheben.

Dabei handelt es sich um eine biographisch vertiefte Anamnese, für deren Notwendigkeit Fritz HARTMANN einen umfangreichen Indikationskatalog angegeben hat[154]. Zum Unterschied zur Anamneseerhebung im Sinne eines Erfragens von körperlichen Symptomen, Krankheitsverlauf und bisherigen Behandlungsmaßnahmen, sowie zum Unterschied auch zum Erfragen der äußeren und inneren Lebensgeschichte des Patienten im Hinblick etwa auf das Auftreten psychischer Symptome, kommt es bei der Form des Interviews auf die Selbstdarstellung des Patienten an. "Ausgangspunkt des Gespräches bildet weniger, was der Arzt über den Kranken wissen will, als das, was der Kranke in der unmittelbaren Situation dem Arzte gegenüber spontan äußert" (MEERWEIN, 1974)[155]. Die Form des Interviews hält MEERWEIN besonders geeignet für den Fachbereich der Psychosomatik, weil in der Anwendung dieser Methode das "psychische Feld" zwischen Arzt und Patient wenig strukturiert wird, und der Kranke in der Arzt-Patient-Beziehung so aktiv wie möglich bleibt. Der Patient soll die "Dynamik dieser Beziehung als mündiger Mensch so weit wie möglich mitbestimmen" (MEERWEIN, 1974)[156]. Die damit verfolgte Absicht, dem Patienten ein gut Teil der Gesprächsführung zu überlassen, weist den Arzt in die Rolle eines "teilnehmenden Beobachters" ein, wie SULLIVAN beschrieben hat (SULLIVAN, 1976)[157]. -

Die ärztlicherseits notwendigen Fragen werden in einer gelungenen Interviewsituation so offen und indifferent wie möglich sein. Da die geschlossene Frage mehr Führung durch den Fragenden enthält, die dem Antwortenden manchmal nur die Möglichkeiten läßt, mit Ja oder Nein zu reagieren, ist der offenen Frage unbedingt der Vorzug zu geben. Sie verlangt vom Befragten, "sich an etwas zu erinnern, also die eigentliche Aufgabe der Anamnese" (HARTMANN, 1965)[158]. Es kann jedoch nicht verbindlich für eine ausschließliche Anwendung offener Fragen plädiert werden; Klaus DÖRNER weist z.B. darauf hin, daß offene Fragen häufig niedere Bildungsschichten überfordern, während geschlossene Fragen intelligente Probanden langweilen und ihre Aufmerksamkeit abfallen lassen (DÖRNER, 1976)[159]. Daher hat es sich bewährt, der von

DÖRNER erläuterten "Trichter-Technik" zu folgen, bei der im Gespräch von einer passiv-rezeptiven Haltung mit offenen und indirekten Fragen zu einer aktiveren Haltung mit geschlossenen und direkten Fragen übergegangen wird. - In der realen Situation eines sozialmedizinischen Beratungsgespräches, welches im Idealfall vom Patienten selbst eröffnet und weitestgehend geführt wird, kommt das sog. "weiche Interview" (permissive interviewing nach C.R. ROGERS) mit offenen, indifferenten Fragestellungen zur Anwendung. Im weiteren Verlauf werden jedoch zunehmend häufiger geschlossene und direkte, also fokussierende Fragen gestellt, da sich während des Prozesses des ärztlichen Zuhörens immer deutlicher die Fragen herauskristallisieren, die auch als "SCHLÜSSELFRAGEN" bezeichnet werden. Nach MEERWEIN liegt die Hauptaufgabe des ärztlichen Gespräches darin, beim Kranken sowohl eine (nicht vorauszusetzende!) Bereitschaft zum Gespräch wie auch ein Bewußtsein für konflikthafte Situationen zu wecken. Die "Schlüsselfragen" nun enthalten die Fragen nach der Bedeutung des Problems für den Kranken - oder, um einer bei den Theologen entlehnten Seminarformulierung von Michael von RAD zu folgen, nach dem "Sitz im Leben" eben dieser Klagen bei diesem Patienten (von RAD, 1979)[160]. MEERWEIN schreibt, daß diese Fragen, auf die bereits Viktor von WEIZSÄCKER größtes Gewicht gelegt hat, in keinem ärztlichen Gespräch fehlen dürfen (MEERWEIN, 1974)[161], weil sie einen Schlüssel bedeuten für die subjektiven Interpretationen des Patienten. - Auf zwei weitere spezifische Interventionsformen machen Annelise HEIGL-EVERS und Franz HEIGL in ihren Ausführungen zum tiefenpsychologisch fundierten Prinzip aufmerksam, die im Zusammenhang mit der hier beschriebenen Gesprächsführung von Bedeutung sind. Es sind dies die "leitenden Fragen", die sich auf die aktuelle Situation des Patienten beziehen und die als themensetzende Fragen die Richtung der Aufmerksamkeit lenken. Als nächste Interventionsform wird die Klarifikation genannt, die dazu dient, das jeweilige Phänomen in seinen bedeutungsvollen Einzelheiten gleichsam einzukreisen, wodurch eine erhöhte Interventions-Frequenz erforderlich wird (HEIGL-EVERS, HEIGL, 1982)[162].

An dieser Stelle des Gespräches zeichnet sich eine neue Phase ab, in der neben der angewandten Methodik auch das interaktionelle Geschehen zunehmenden Ausdruck bekommt. Mit der schweigenden Aktivität eines "empathischen" und "assoziativen" Zuhörens, das unter Umständen nur durch gelegentliche unbestimmte Lautäußerungen signalisiert wird (CREMERIUS, 1980)[163], und in dem fortgesetzten Bemühen, sich bei "freischwebender Aufmerksamkeit" in die Äußerungen des Kranken einzufühlen, läuft ein Prozeß ab, welcher die Distanz zum Gegenüber mal größer, mal kleiner erscheinen läßt. Dabei kann die Identifikation so weit gehen, daß die Grenzen verschwimmen (HEIGL, 1982)[164]. Dieser zeitweiligen Identifikation läuft das fortgesetzte Bemühen parallel, subjektiv Verstandenes mit dem Objektivierbaren durch Interpretation in Verbindung zu bringen. Es kommt also zu einem ständigen losen Spiel zwischen IDENTIFIKATION und INTERPRETATION, bei dem der Persönlichkeit des Interviewers nach ZEPF die Rolle des "wichtigsten Untersuchungsinstrumentes" zukommt (ZEPF, 1972)[165]. Fritz HARTMANN zieht für dieses Gesprächsgeschehen ein Zitat von Karl JASPERS heran: "Reichtum an festen Gesichtspunkten bei anpassungsfähiger Hingabe an den individuellen Fall, das ist das Ideal eines Untersuchers" (HARTMANN, 1965)[166]. Und auf die Antinomie, die in der Problematik des Deutens im Nach-Denken liegt, weist Fritz HARTMANN mit einem Zitat von Hans-Georg GADAMER hin: "Der Interpret ist dazu berufen, das fremde Gedankengut in sich nachzubilden und von innen her als etwas Eigen-Werdendes nachzuerzeugen und trotzdem, obwohl es sein Eigen wird, soll er sich gleichwohl als ein Anderssein, als etwas Objektives und Fremdes gegenüberstellen" (HARTMANN, 1965)[167].

Im Zurück zum Geschehen zwischen der beratenden Ärztin und dem ratsuchenden Patienten bedeuten diese Ausführungen, daß mit wachsender Gesprächsbereitschaft und zunehmendem Bewußtsein für eigene konflikthafte Situationen auf der einen Seite sowie mit dem Pendeln zwischen Identifikation und Interpretation auf der anderen Seite Übertragung erwächst. Damit ist die Ambivalenz der Gefühle gemeint, die sich in

der Arzt-Patient-Beziehung entwickelt. Nach Paul LÜTH kommt diese in jedem ärztlichen Gespräch und "sicherlich auch bereits im nicht psychotherapeutisch orientierten, regulären Beratungsgespräch" vor (LÜTH, 1974)[168]. Auch S. ZEPF schreibt, daß Übertragung in der allerersten Verständigung zwischen Arzt und Patient begründet ist.

> "In der gegenseitigen Zuwendung werden auf der Seite des Arztes und des Patienten jene allgemeinen Übertragungstendenzen aktualisiert, mit denen menschliches Verhalten immer durchsetzt ist. Entscheidend ist, inwieweit der Arzt fähig und bereit ist, seine Übertragungsreaktionen (Gegenübertragung) zu erkennen. Indem er sie begreift, gewinnt er durch die Wahrnehmung dessen, was in ihm vorgeht, Kenntnis über die Vorgänge im Patienten" (ZEPF, 1972)[169]. -

Auch in der nicht-therapeutischen Situation entstehen im Patienten, der ja nicht nur die horizontale Achse der aktuellen psychosozialen Situation sondern auch die vertikale Achse seiner Lebensgeschichte erinnert (HEIGL-EVERS u.HEIGL, 1982)[170], individuell unterschiedlich ausgeprägte Erwartungshaltungen gegenüber der beratenden Ärztin, die es erforderlich machen, daß jedes Gespräch in der sog. "VERSAGUNGSHALTUNG" geführt wird. Damit ist gemeint, daß jedem Ratsuchenden "in gewisser Weise das Eingehen auf bestimmte Erwartungen" (MEERWEIN, 1974)[171] seitens der beratenden Ärztin versagt werden muß. Eine in der Patientenarbeit immer wieder auftauchende und daher von vornherein zu versagende Erwartung bezieht sich z.B. auf das Patientenbedürfnis nach Fortsetzung einer zugewandten Gesprächsführung. Gegen Ende der Beratungssituation, bei der infolge zunehmender Präzisierung der Fragestellungen zugleich der Interpretationscharakter vage Gestalt bekommt, und der Kompetenzbereich des Patienten deutlicher wird, findet diese Versagungshaltung konkreten Ausdruck im Zusammenhang mit den an den Patienten zu richtenden "Schlüsselfragen", die ja die Möglichkeiten subjektiver Interpretationen und Änderungsvorstellungen einschließen. Dem sog. "verstehenden Gespräch"[172] folgt nun das eigentliche beratende Gespräch mit einem deutlichen Anregen der dem Patienten möglichen Aktivitäten zur Veränderung seiner ihn belastenden Situation. Dies ist verbunden mit einem mählichen Wiederabgeben des

sichtbar gemachten Problemkomplexes an den Patienten. Somit wird in der sozialmedizinischen Beratungssituation kein therapeutischer Prozeß unterhalten. Es wird insbesondere versucht, dem Patienten keinen patenten Rat überzustülpen und die - wie MEERWEIN zitiert - so oft benutzten "Killerphrasen" des Arztes[173], die eine Problemlösung unmöglich machen, zu vermeiden. Vielmehr richtet sich das Bemühen darauf, die Möglichkeiten des Patienten herauszufragen, um sie in den gemeinsam besprochenen Plan vielleicht realisierbarer Veränderungen seiner Lebenssituation integrieren zu können. Dieser Schritt kann nur erfolgen, wenn der Patient einem evtl. notwendigen Kontakt zu allen am Problem und seiner Lösung beteiligten Personen und Institutionen zustimmt - eine Entscheidung des Patienten. -

Das beratende Gespräch beginnt mit der Form eines Interviews in der "Grenzsituation zwischen informativem und situativem Erfahrungsbereich". Es soll mit seinem explorativen Charakter dem Patienten die Möglichkeit geben, sich seines Problems zu entäußern; und es zielt darauf hin, daß sich der Patient durch helfendes Fragen der Zusammenhänge seiner Situation bewußt wird, um dann EIGENE LÖSUNGSGEDANKEN zu entwickeln. Dieser letzte Gesprächsabschnitt erscheint deshalb wichtig, weil er dem Patienten bewußt macht, daß er aus seiner anfänglichen Ratlosigkeit und Hilfsbedürftigkeit heraus eigene Möglichkeiten finden kann, seine krankheitsbedingten Belastungen zu bewältigen. Daß diese Entwicklung eines Gefühls eigener Stärke wichtig ist, geht z.B. aus den Bemerkungen eines Patienten (Fall-Nr. 34162) hervor, der mit stolzem Selbstbewußtsein äußerte, daß ja die beratende Ärztin auf seine, nämlich des Patienten (!) gemachte Beobachtungen und Schilderungen angewiesen sei. Ähnliches zeigt der Kommentar einer Patientin (Fall-Nr. 35220):

> "Ich habe gelernt, wenn ich das jetzt nicht selbst in die Hand nehme, dann geschieht ja gar nichts mehr in meinem Leben". -

Daß nicht in jeder Situation der Patient eine eigene Lösung verwirklichen kann, geht ebenfalls aus den vorzustellenden Protokollen hervor. Insgesamt zeigen sie jedoch, daß die Patienten auf die Möglichkeit, über sich und ihre Nöte

sprechen zu können, nach anfänglicher Verwunderung mit guter Mitarbeit und sogar dankbarer Anhänglichkeit reagiert haben, selbst wenn die gemeinsame Arbeit die vorherigen Erwartungen des Patienten nicht erfüllt hat (Fall-Nrn. 34180,26178, 27286). -

Ärztlicherseits ist ein Nachgehen der prozeßhaften Patientensituation not-wendig. Dafür sind nicht Finden und Deuten, nicht Diagnose und Therapie bestimmend, sondern Suchen, Fragen und Revidieren. Bei einer so beschriebenen sozialmedizinischen Beratungstätigkeit entwickelt sich ein Verhältnis, in dem ein Mensch einem anderen hilft, "in seinem Leben eine Entscheidung zu treffen ... und ihm einen Weg zu seiner Zukunft" zu zeigen, "wobei er ihm freistellt, diesen Weg zu nehmen oder nicht. Dem anderen, dem Beratenen, fällt nun die persönliche Entscheidung zu" (LAIN ENTRALGO, 1969)[174].

Teil III S P E Z I E L L E R B E R I C H T S T E I L A N H A N D D E R P R O T O K O L L E

Der ärztliche Alltag in Klinik und Praxis ist so häufig beschrieben worden, daß er für Jedermann relativ leicht einfühlbar und vorstellbar ist. Auch der berufliche Alltag eines Amtsarztes, eines Betriebs- oder Vertrauensarztes ist anhand der definierten Aufgaben verständlich umschrieben. -
Dagegen ist beratende ärztliche Tätigkeit bei einer Krankenkasse so wenig klar eingegrenzt, daß es wichtig erscheint, dieses beratende ärztliche Handeln einer genaueren Betrachtung zu unterziehen. -

Über einen Zeitraum von vier Monaten wurden alle jene Fälle gesammelt und protokolliert, bei denen wegen der aufgetretenen Fragestellung ein persönlicher Kontakt mit dem Betroffenen notwendig wurde. Bereits in Bearbeitung befindliche Fälle sind nicht in die Befragung aufgenommen worden. Ebenso sind solche Situationen, in denen eine schriftliche oder telefonische Bearbeitung möglich war, nicht mit in diese Untersuchung eingegangen. Des weiteren sind von der Krankenkasse vorgelegte Anfragen oder Begutachtungen anhand von Aktenmaterial nicht mit aufgenommen worden. - Hingegen wurde jeder in der genannten Zeitspanne von vier Monaten bearbeitete Fall registriert, der infolge der vorgetragenen Fragestellung einen persönlichen Kontakt mit dem Patienten oder dessen Angehörigen erforderlich machte. Dabei hat sich die Gesamtzahl von 81 Fällen ergeben; diese Fallzahl ist weitgehend identisch mit einer früher gemachten Kalenderreflektion, nach der pro Arbeitstag ein neuer Fall, verbunden mit einem persönlichen Gespräch die Regel ist. Diese in dem genannten Zeitraum von vier Monaten neu angetragenen 81 Situationen wurden anamnestisch und problemorientiert protokolliert. Die Auswertung dieser Protokolle nach noch zu beschreibenden Kriterien soll hier vorgelegt werden. -

In den Protokollen leider nicht enthalten ist der exakt er-

forderlich gewesene Zeitaufwand, der für die Bearbeitung des einzelnen Falles notwendig war. Es sollen daher zuvor Erfahrungswerte genannt werden, die als Orientierung dienen mögen. -
Jedes erste Gespräch mit dem Patienten bildet aufgrund der dafür erforderlichen 45 bis 50 Minuten eine Konstante, die so gleichbleibend sie ist, so regelmäßig auch nach Möglichkeit um 9.00 Uhr in den Tagesrhythmus eingepaßt wird. Ein Erstgespräch also von 45 bis 50 Minuten Dauer an jedem Arbeitstag, dem bereits eine Fragestellung vorausgegangen ist, und welches anschließend erforderliche Recherchen in Klinik, Praxis oder Kasse, neu herzustellende Kontakte z.B. mit Psychologen, Sozialarbeitern, Angehörigen oder Fachärzten usw. einschließlich einem erforderlichen Diktat zur Folge hat. Ein solcher komplikationsloser, zeitlich "einfacher Durchgang" beläuft sich erfahrungsgemäß auf 2 bis 2 1/2 Stunden - die Zeit für jene, im weiteren Verlauf eventuell hinzukommenden Verflechtungen und Gewichtungen, die wiederum neue Gespräche bedingen, so wenig mit berücksichtigt wie etwa den Aufwand für die Arbeit im Vorzimmer z.B. bei der Vermittlung notwendiger Kontakte. -
Neben diesem genannten Erstgespräch mit dem Patienten bildet das danach stattfindende Kollegengespräch gleichsam eine weitere Konstante: ein Gespräch, in welchem die beiderseitigen Beobachtungen am jeweiligen Fall ausgetauscht werden, und welches einen Mindestaufwand von 15 Minuten erforderlich macht, der gut und gerne auch bis zu 30 Minuten erreichen kann. Im Laufe der Zeit hat es sich eingebürgert, diese Ruhe und Konzentration erfordernden Gespräche auf eine entsprechende Tages- oder Abendzeit zu legen - immerhin geht es ja nicht um den Austausch von gesammelten "harten Fakten", sondern um das Auffinden von Störungen und deren hoffentlich möglicher Beseitigung. -

Aus diesen wenigen Andeutungen resultiert bereits, daß keiner der Fälle ad hoc bearbeitet werden kann, sondern daß jedem der Fälle so viele Variablen wie beteiligte Situationen und Personen innewohnen, so daß sich die schlüssige Bearbeitung einer Patientensituation über einen vorher nicht festzule-

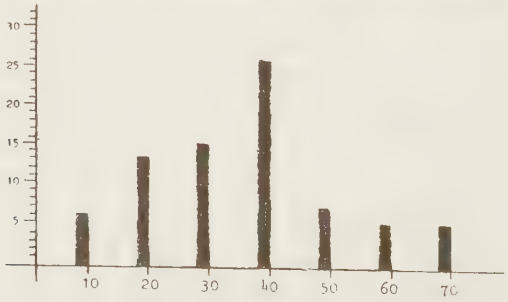
genden Zeitraum erstreckt. Gleichzeitig erfordert die Arbeit an den bereits übernommenen Fragestellungen eine permanente Präsenz - zusätzlich herausgefordert noch durch den Umstand, daß sowohl der Patient wie desgleichen der Kollege oder der Mitarbeiter der Krankenkasse in dem Glauben sich wähnen, gerade dieser ihr Fall sei in seinen Verflechtungen so einmalig, daß er auch nach Monaten noch in allen Nuancen und Schattierungen gegenwärtig sein müsse.
Die in den genannten vier Monaten gesammelten ausführlichen 81 Patientenprotokolle, die sowohl medizinisch-anamnestische, wie ebenso psychosoziale und katamnestische Daten enthalten, - weshalb sich deren Vorlegen aus Gründen der Geheimhaltungspflicht verbietet -, wurden nach bestimmten Fragestellungen, die hier vorgestellt werden, zu Kurzprotokollen zusammengefaßt. Diese Kurzprotokolle, von denen eines als fiktives Beispiel im Anhang dieser Arbeit beigefügt wird, wurden nach einem Schema gegliedert. Dem Schema dieser Fragestellungen folgend soll nun eine beschreibende Auswertung der Patientenprotokolle vorgelegt werden.

1. Welcher Patient kommt?

Zur genaueren Beschreibung des während des Zeitraums der Untersuchung betroffenen Personenkreises soll der Frage nachgegangen werden, welcher Patient zur beratenden Ärztin der Krankenkasse kommt.

1.1. Altersverteilung

Die Auszählung der 81 Protokolle nach den Geburtsjahrgängen



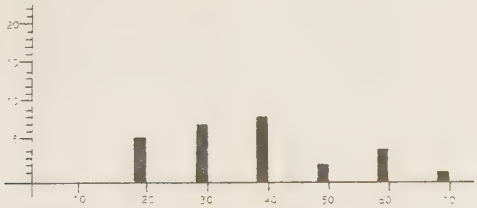
Altersverteilung der Fälle

Schema Nr. 1

der Patienten hat 77 bekannte Geburtsjahrgänge ergeben. Bei den vier Fällen mit fehlenden Geburtsjahrgängen handelt es sich um drei Situationen, in denen das zu bearbeitende Problem des Arztes im Vordergrund stand (Fall-Nrn. xx111;xx181; xx253), und im anderen Fall um das eigene Versehen, den Geburtsjahrgang des Patienten nicht erfragt zu haben (Fall-Nr. xx174). Wie die Auswertung der Geburtsjahrgänge zeigt, liegt eine deutliche Häufung in den Geburtsjahrgängen 1929 bis 1938 vor, was in dem Schema Nr. 1 bildlich zum Ausdruck kommt.

1.2. Geschlechtsverteilung

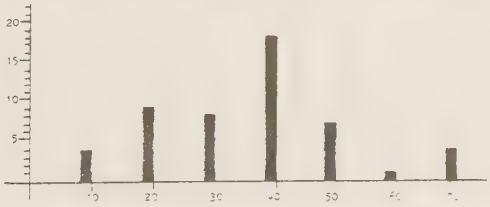
Die Aufschlüsselung der Protokolle bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit ergibt eine Verteilung von 51 Frauen (63 %) und 30 Männern (37 %).



Altersverteilung bei den männlichen Patienten

Schema Nr. 2

Bezogen auf Altersjahrgänge und Geschlechtszugehörigkeit veranschaulicht das Schema Nr. 2, in dem die männlichen Personen erfaßt sind, eine Häufung bei den Geburtsjahrgängen



Altersverteilung bei den weiblichen Patienten

Schema Nr. 3

von 1920 bis 1939 mit insgesamt 15 der 31 Patienten, während in dem Schema Nr. 3 - also bei den 51 Frauen dieser Unter-

suchung - eine Häufung für die Jahrgänge 1930 bis 1939 anschaulich wird. Mehr als die Hälfte der Patientinnen dieser Untersuchung - nämlich 26 Frauen - wurden zwischen 1920 und 1939 geboren.

1.3. Familienstand

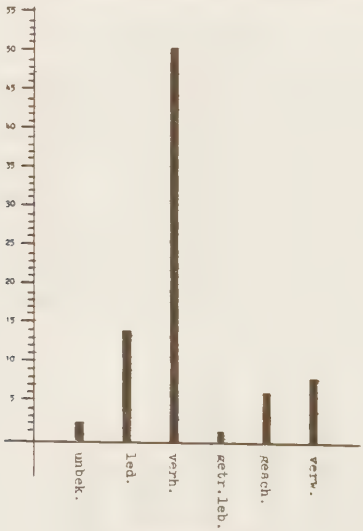
Eine Auszählung der Fälle nach Zugehörigkeit zum Familienstand ergibt folgende tabellarische Übersicht:

unbek.	led.	verh.	gesch.	getr.leb.	verw.
2	14	50	6	1	8

Familienstand

Tabelle Nr. 1

Bei der Bearbeitung der Fälle, in denen der Familienstand als ledig angegeben wurde, fiel auf, daß von 14 ledigen Personen (7 weibl.u.7 männl.) zu Beginn dieser Untersuchung



Familienstand

Schema Nr. 1

11 Ledige (6 weibl.u.5 männl.) bei den Eltern lebten, während einer allein lebte, und zwei Patienten als Schüler

im Internat wohnten. Von den 11 bei den Eltern lebenden Ledigen waren bis zum Ende dieser Untersuchung 4 Ledige (1 weibl. u. 3 männl.) in eine eigene Wohnung gezogen. - In dem Schema Nr. 4 ist die Zugehörigkeit zum Familienstand zum Zeitpunkt des Erstgespräches dargestellt.

1.4. Versicherungsverhältnis

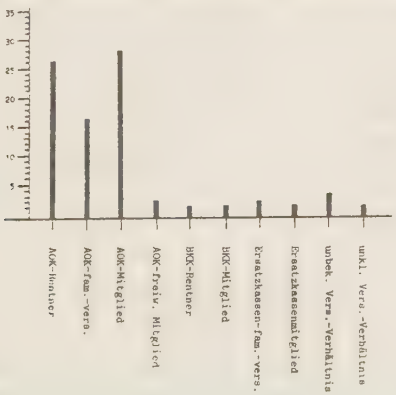
Ebenfalls ausgezählt wurde das von den 81 Patienten angegebene Versicherungsverhältnis:

Angegebene Versicherung	Fallzahl
Unklares Versicherungsverhältnis:	1
Unbekanntes Versicherungsverhältnis:	3
Ersatzkassenmitglied:	1
Ersatzkassen-Fam.-vers.:	2
BKK-Mitglied:	1
BKK-Rentner:	1
AOK-freiw. Mitglied:	2
AOK-Mitglied:	28
AOK-Fam.-vers.:	16
AOK-Rentner:	26

Versicherungsverhältnis

Tabelle Nr. 2

Diese Auszählung zeigt, daß es sich bei den bearbeiteten Fällen in Sonderheit um AOK-Mitglieder, AOK-Familienversicherte und AOK-Rentner handelt; hinzu kommen die beiden



Versicherungsverhältnis

Schema Nr. 5

freiwilligen Mitglieder der AOK. Wie in dem Schema Nr. 5 anschaulich wird, handelt es sich bei 72 Personen (89 %) um Versicherte der AOK. In fünf Fällen wurde eine andere Krankenkasse angegeben; von diesen fünf Personen handelte es sich bei einem Patienten um ein früheres Mitglied der AOK. Bei drei von 81 Personen blieb das Versicherungsverhältnis unklar: in einem Fall handelte es sich um das Problem eines niedergelassenen Arztes; im anderen Fall ging es um einen Patienten, dessen Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung über die AOK an den zuständigen Versicherungsträger abgeführt wurden; und im dritten, von einem Mitarbeiter der Krankenkasse zugewiesenen Fall wurde versehentlich nicht nach dem Versicherungsverhältnis gefragt. - Bei der moribunden Patientin mit der Fall-Nr. 41256 war es nicht mehr möglich, das bestehende Versicherungsverhältnis zu klären; es konnte lediglich erfragt werden, daß in der Vergangenheit eine Krankenversicherung bei der AOK bestanden hat.

1.5. Arbeitsverhältnis

Die Auswertung der Protokolle nach den angegebenen Arbeitsverhältnissen hat gezeigt, daß 33 Personen erwerbstätig sind, während für fünf Patienten zum Zeitpunkt des Erstgespräches ein Ausbildungsverhältnis besteht (Tabelle Nr. 3).

Arbeitsverhältnis	Zahl der Fälle	
zeitw.beschäftigt	1	
Azubi:	2	5 in der Ausbildung
Schüler:	3	
Hausfrau:	18	
Rentner:	24	
Beamter:	1	33 erwerbstätig
Selbständige:	4	
Angestellte:	10	
Arbeiter:	18	
Arbeitslose:	ø	

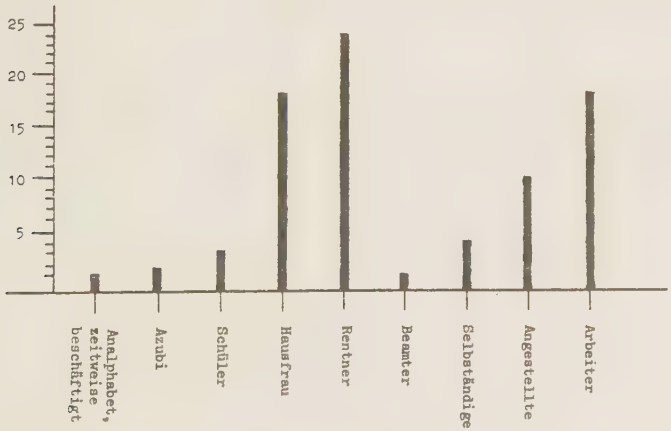
Arbeitsverhältnis

Tabelle Nr. 3

Ob bei der einen, in diese Untersuchung eingegangenen Analphabetin ein Arbeitsverhältnis im Sinne einer zeitweiligen Be-

schäftigung vorliegt, konnte nicht genau geklärt werden; ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis liegt bei dieser Patientin mit Sicherheit nicht vor.

Unabhängig von den möglicherweise gehabten Ausbildungswegen der Patienten (Schulbildung, Lehre etc.) wurde für die Festlegung der Arbeitsverhältnisse das derzeitige Beschäftigungsverhältnis vermerkt. - Dabei sind unter der Rubrik "Hausfrau" diejenigen Frauen zusammengefaßt, die keiner anderen Tätigkeit nachgehen als der Versorgung ihres Haushaltes. Diejenigen Frauen, die Beruf und Haushalt angegeben haben, wurden dem bestehenden Arbeitsverhältnis entsprechend zugeordnet. Bei den "Nur"-Hausfrauen wurden die Patientinnen mitgezählt, die zwar für die Versicherung zum Teil schon als Rentner geführt werden, die aber ihren Haushalt versorgen und zur Familie gehörende pflegebedürftige Personen betreuen wie z.B. bei den Fällen Nr. 17243 und 11251. Daß in den Spalten der Arbeiter und Angestellten die Frauen mitgezählt wurden, die gleichzeitig einen Haushalt versorgen, findet weder in der Tabelle Nr. 3 noch in dem zugehörigen Schema Nr. 6 seinen Ausdruck.



Arbeitsverhältnis
Schema Nr. 6

Wichtig erscheint in dieser Auszählung weiterhin, daß unter den 81 Personen dieser Untersuchung keine Empfänger von Arbeitslosenunterstützung vertreten sind. Ergänzend sei jedoch

hinzugefügt, daß in manchen Situationen - z.B. bei einem Arbeitsplatzwechsel - nicht immer genau zu klären ist, in welchem Arbeitsverhältnis der Patient steht. Bekannt ist, daß in drei Fällen (Fall-Nrn. 37232;36160 u.34162) der Arbeitsplatz vom Patienten selbst gekündigt und ein neues Arbeitsverhältnis eingegangen wurde. Ob dem Patienten mit der Fall-Nr. 54118 der Arbeitsplatz gekündigt wurde, ist unklar geblieben; bekannt ist hingegen, daß dieser Patient inzwischen einen neuen Arbeitsplatz mit weiteren Ausbildungsmöglichkeiten zugesichert bekommen hat - eine Tatsache, die hinsichtlich des Heilungsgeschehens von großer Bedeutung ist. -
Die Patientin mit der Fall-Nr. 41256 könnte Arbeitslosenunterstützung bezogen haben; in dem Bemühen um die moribunde Patientin konnten derartige Fragen jedoch nicht mehr geklärt werden.

1.6. Staatsangehörigkeit

In der Beantwortung der Frage "Welcher Patient kommt?" soll abschließend hervorgehoben werden, daß der gekommene Patient charakterisiert ist durch ein gewisses Maß an Offenheit, sich überhaupt beraten zu lassen; allerdings wurde die Frage: "Welcher Patient kommt nicht?" bisher nicht untersucht. - Die Patienten brachten weiterhin eine gewisse Fähigkeit und Bereitschaft zur Introspektion mit, was wiederum das problemorientierte Arbeiten erleichterte. Diese Tatsache einer Patientenbereitschaft zum problemorientierten Gespräch wird

Nationalität	Fall-Nr.	Geschlecht	Arbeitsverhältnis
Jugoslawien	xx181	männlich	Arzt (!)
	44285	weiblich	Bürogehilfin
Türkei	44212	weiblich	Hausfrau
	38215	männlich	Gießereiarbeiter
Spanien	53169	männlich	Bandführer

Staatsangehörigkeit

Tabelle Nr. 4

unterstrichen durch die Gegebenheit, daß vorwiegend Patienten deutscher Nationalität beraten wurden. Wie die Protokolle

ausweisen, sind unter den 81 Fällen fünf ausländische Patienten vertreten, was einem Ausländeranteil von 6 % entspricht, während innerhalb der betreffenden Ortskrankenkasse ein Ausländeranteil von 14 % gängig ist. In der Tabelle Nr. 4 sind diese fünf Personen fremder Nationalität aufgeführt. - Weder bei dem jugoslawischen Kollegen ist es zu sprachlichen Schwierigkeiten in der Arbeit gekommen, noch bei der jugoslawischen Bürogehilfin und ihrem Ehemann gleicher Nationalität, obwohl hier eine stationäre Psychotherapie eingeleitet und durchgeführt werden mußte. -
Ebenso hat es in der Beratung und Behandlung des spanischen Bandführers nur geringe sprachliche Schwierigkeiten gegeben, da bei den beratenden Gesprächen die Ehefrau des Patienten anwesend sein konnte, und da außerdem beide seit ihrer Kindheit in Deutschland leben - zeitweise verbunden mit dem Besuch deutscher Schulen. Hingegen gestaltete sich die stationäre psychosomatische Behandlung eben dieses spanischen Arbeitnehmers als wesentlich schwieriger, da er sich während dieser Behandlungszeit in einer deutlichen - vielleicht neuerlichen? - Isolierungssituation befunden hat, obwohl vorher abgeklärt werden konnte, daß die ihn behandelnde Kollegin gut spanisch sprach. -
Bei der Bearbeitung des Falles Nr. 44212 - einer türkischen Hausfrau - war eine Verständigung nur dadurch möglich, daß eine Angehörige der Patientin als Dolmetscherin fungierte; diese, als Fabrikarbeiterin schon viele Jahre in Deutschland lebende Angehörige war zum damaligen Zeitpunkt hochschwanger; sie mußte wegen ihrer guten Sprachkenntnisse und wegen ihrer raschen Auffassungsgabe bei allen in diesem Fall erforderlichen Gesprächen mit Krankenkasse, Arbeitgeber, Sozialamt usw. anwesend sein. Eine Bearbeitung dieser Patientensituation war also nur möglich dadurch, daß innerhalb der Familie der Patientin ein Familienmitglied gute deutsche Sprachkenntnisse hatte. -
In der Arbeit an den Problemen des türkischen Gießereiarbeiters mit der Fall-Nr. 38215 haben sich ebenfalls erhebliche Verständigungsschwierigkeiten bemerkbar gemacht! Beim Beratungsgespräch war ein empfindlich höherer Zeitaufwand er-

forderlich - nicht zuletzt bedingt durch den desolaten Zustand des Patienten; neben Zeitaufwand und Zeichensprache wurde schließlich innerhalb der Krankenkasse die Möglichkeit einer besseren sprachlichen Verständigung gefunden. Jedoch konnte die stationäre Behandlung dieses Patienten mit psychotherapeutischer Aufarbeitung der Probleme nur eingeleitet werden, nachdem die Anwesenheit und Mithilfe eines anderen türkischen Patienten gesichert war. Bei der dann später noch erforderlichen Krankenhausbehandlung eben dieses Patienten mit aufwendiger fachklinischer Diagnostik konnte im Kontakt mit der Stationsärztin die gleichzeitige psychotherapeutische Weiterbetreuung durch einen türkischen Arzt sichergestellt werden.

Jedes Aufarbeiten psychischer und sozialer Probleme setzt die Möglichkeit gegenseitiger Verständigung - also die beiderseitige Benutzung des Ausdrucksmittels 'Sprache' voraus. Im Fall der genannten ausländischen Patienten wurde diese Vorleistung - nämlich die Schaffung einer Möglichkeit von Verständigung - fast ausnahmslos vom Patienten und dessen unmittelbarer Umgebung erbracht!

1.7. Resümee

Die Eingangsfrage "Welcher Patient kommt?" kann abschließend dahingehend beantwortet werden, daß in dem genannten Zeitraum von vier Monaten am häufigsten Patienten aus den Jahrgängen 1929 bis 1938 erschienen sind. Diese Personen sind zumeist bei der AOK versichert in der Relation von 72 zu 9 anderen oder unbekannt gebliebenen Krankenkassen - d.h. 89 % der hier vorgestellten Patienten sind AOK-versichert. Frauen überwiegen in dieser Untersuchung mit 63 % deutlich gegenüber Männern. Arbeiter, Hausfrauen und Rentner sind wesentlich stärker vertreten als etwa Angestellte oder Selbständige. -

Daß der Patient charakterisiert ist durch seine Bereitschaft, sich beraten zu lassen, wurde bereits erwähnt. Es darf jedoch nicht unausgesprochen bleiben, daß diese Bereitschaft, sich auf eine Beratung einzulassen, auch ganz augenfällig nicht

gegeben sein kann - wie z.B. im Fall-Nr. 23144. Ebenso auch können Neugierde oder forderndes Verhalten - welcher Ursache das auch immer sein mag! - den Patienten veranlassen, die beratende Ärztin der AOK aufzusuchen, wie das z.B. bei den Patienten mit den Fall-Nrn. 32230 und 41279 der Fall gewesen sein kann. Auch wird nicht jedes Gespräch ausschließlich freiwillig vom betroffenen Patienten gesucht - wie beispielsweise im Fall-Nr. 38226. In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle jedoch ist der kommende Patient durchweg bereit, in einem beratenden Gespräch aktiv mitzuarbeiten, um Problemstellungen erkennbar zu machen und Alternativen zu entwickeln. Das Suchen nach einem Gespräch charakterisiert den kommenden Patienten weit mehr als die Gewohnheit, weitere Direktiven in Empfang zu nehmen.

2. Woher kommt der Patient?

Bei der Arbeit mit dem Patienten und insbesondere bei der Bearbeitung der Protokolle hat sich die Frage aufgedrängt, woher denn eigentlich der Patient kommt, und woher er vor allem von der Möglichkeit weiß, sich bei der Krankenkasse ärztlich beraten zu lassen. Eine systematische Auswertung der Protokolle hinsichtlich dieser Frage zeigt deutlich sich voneinander unterscheidende Situationen, die den Patienten zur beratenden Ärztin geführt haben. Zunächst wurden die 81 Protokolle nach der genannten Frage hin ausgezählt, und es ergab sich die in der Tabelle Nr. 5 dargestellte Verteilung:

Hinweis durch:	Zahl der Fälle:	
Arzt:	17	Professionelle
AOK:	21	
Sozialarb.d.AOK:	5	
ber.Ärztin d.AOK:	4	
Dipl.Psych.anderer Soz.Dienste:	2	
Patient:	21	Laien
Angehörige:	8	
Arbeitgeber:	3	
Lehrerin:	1	

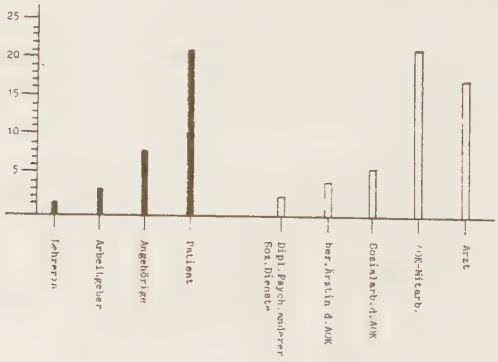
Woher kommt der Patient?

Tabelle Nr. 5

Daß dabei auch eigene Initiativen aufgeführt sind, hat seinen Grund darin, daß in der ärztlichen Bearbeitung von schriftlichen Fragen Situationen entstehen, die eine eingehendere Patientenarbeit sinnvoll erscheinen lassen. In diesen Fällen liegt also ein eigenes Angebot an den Patienten zu einem Beratungsgespräch vor. - In der Addition dieser Tabelle ergibt sich die zunächst irrtümliche Zahl von 82 Fällen, die sich daraus erklärt, daß wegen des Patienten mit der Fall-Nr. 43138 sowohl Krankenkasse wie auch behandelnder Arzt gleichzeitig und unabhängig voneinander die beratende Ärztin angesprochen haben. - Eine genauere Betrachtung dieser Tabelle Nr. 5 legt nahe, die Patienten in zwei Gruppen einzuteilen, je nachdem aufgrund wessen Initiative sie gekommen sind.

2.1. Berufsbedingte Zuständigkeit

Die eine Gruppe von Patienten hat die beratende Ärztin aufgesucht, weil ihnen von Personen dazu geraten wurde, die berufsmäßig beschäftigt sind mit den Problemen der ärztlichen Versorgung. Nach dieser Einteilung ergibt sich, daß für die 81 Personen 49 mal das Problem von der Personengruppe angetragen wurde, deren berufliche Kompetenz es ist, mit Krankheit und deren Begleitumständen umzugehen. Diese Situation wird auch in der Darstellung (Schema Nr. 7) deutlich.



Woher kommt der Patient?

Schema Nr. 7

Bei diesen 49 Fällen handelt es sich um keine kassenfremden Fälle - es sind also ausschließlich Versicherte der AOK. Daß die Mitarbeiter der Krankenkasse häufigen Gebrauch machen von der bestehenden Möglichkeit, sich im Zweifelsfall an die beratende Ärztin zu wenden, ist ohne besondere Relevanz. Auch daß die Ärzte in Klinik und Praxis diese Zusammenarbeit kennen, und sie daher in Anspruch nehmen, wie das 17 mal bei diesen 81 Patienten geschehen ist, erscheint nicht verwunderlich.

2.2. Laieninitiative

Wichtig erscheint es, der Frage nachzugehen, woher denn der Patient von der Möglichkeit weiß, sich bei der Krankenkasse ärztlich beraten zu lassen, und was ihn veranlaßt, diese Möglichkeit in Anspruch zu nehmen. Eine Auswertung der Protokolle nach eben dieser Fragestellung zeigt im Detail die Tabelle Nr. 6. Diese Aufschlüsselung veranschaulicht, daß

Informationsquelle	Fallzahl
Arbeitsplatz- u. Schulinformation:	4
Kasseninformation:	4
Kur- u. Öffentlichkeitsarbeit:	2
22 Zufall:	1
Familieninformation:	6
Freundesinformation:	5
Eigeninformation:	11

Quelle der Patienteninformation

Tabelle Nr. 6

bei 33 der insgesamt 81 Fälle die Initiative, die beratende Ärztin der Krankenkasse aufzusuchen, von Laien ausging. Bei diesen 33 Fällen wiederum ging in 22 Situationen die Anregung vom Umfeld des Patienten aus. Und das bedeutet, daß zuvor in der Familie, am Arbeitsplatz, im Freundeskreis etc. über die Tatsache bestehender Probleme und Unsicherheiten gesprochen worden sein muß. In einer Situation (Fall-Nr. 34162) hat der Zufall die Information vermittelt; in zwei Fällen handelte es sich um Kur- und Öffentlichkeitsinformationen (Fall-Nrn. 12249;36160); neben den Anregungen durch Arbeitsplatz und Schule sowie Krankenkasse mit je vier Fällen kamen ganz

augenfällig am häufigsten die Anregungen bei je fünf bzw. sechs Patientensituationen aus dem Freundes- bzw. Familienkreis des Betroffenen. -
Neben diesen 22 Situationen fallen die elf Initiativen auf, die den Patienten sua sponte ärztliche Beratung bei der Krankenkasse in Anspruch nehmen ließen.

Informationsquelle	Fallzahl
unbekannt:	1
berufliche Erfahrung:	1
lokale Informationen:	1
Volkshochschule:	2
eigene Erfahrung:	6

Quelle der Patienteninformation

Tabelle Nr. 7

Es wurde versucht, anhand der Patientenprotokolle die Quellen dieser elf Patienteninformationen aufzuspüren, die im einzelnen der Tabelle Nr. 7 zu entnehmen sind. Wie die Auszählung zeigt, überwiegen bei diesen elf Patienten in der Vergangenheit gemachte Erfahrungen; diese Patienten hatten innerhalb der Familie oder der Firma bereits erlebt, wie sich die ärztliche Beratung auswirkt.

2.3. Persönlicher Bekanntheitsgrad

Der Vollständigkeit halber muß jedoch gerade in diesem Zusammenhang erwähnt werden, daß nach einigen Jahren beratender ärztlicher Tätigkeit bei der AOK ein gewisser Bekanntheitsgrad gegeben ist. Dieser mag zusätzlich von dem Umstand herrühren, daß im gleichen Ort und im gleichen Haus durch zuvor ausgeübte Tätigkeit beim Vertrauensärztlichen Dienst sowohl Kassen- wie auch Patientenkontakt entstanden ist, und daß außerdem durch mehrjährige Lehrtätigkeit bei der VHS - ebenfalls am gleichen Ort - ein Grad von Bekanntheit vorgegeben ist, welcher bei den jeweiligen Initiativen mitgewirkt haben mag.

2.4. Resümee

In einer zusammenfassenden Beantwortung der Frage nach dem Woher des Patienten kann nunmehr festgehalten werden, daß in 33 von 81 Situationen der Betroffene entweder von sich aus die Initiative entwickelte (11 mal) oder aufgrund eines Anstoßes aus seiner Umgebung. Diese Aussage beinhaltet zugleich, daß die bestehende Problematik bei 33 Patienten von betroffenen Laien und nicht von Sachwaltern definiert wurde. Hingegen wurde 49 mal das Problem in Verbindung mit einer beruflichen Kompetenz definiert. Im folgenden Abschnitt soll nun untersucht werden, welches Problem vorgetragen wurde, und als wessen Problem es eigentlich imponierte.

3. Welches Problem hat der Patient?

In dem Bemühen, eine Antwort auf die Frage nach dem eigentlichen Problem des Patienten zu finden, wurde deutlich, daß es sich jeweils um einen Problemkomplex handelt, dessen einzelne Facetten genauer hinterfragt werden mußten. In diesem Prozeß wurden klärende Fragen notwendig, die wiederum reduziert wurden auf die Kardinalfragen:

a) Welches Problem wird vorgetragen?
b) Wessen Problem wird vorgetragen?
c) Welche Problemüberlagerungen werden beobachtet?

Daraufhin wurden die 81 Fälle in einer Einteilung bearbeitet, die sich in ihren Ansätzen bereits im voraufgegangenen Abschnitt in der Tabelle Nr. 5 abgezeichnet hat. Je nachdem nämlich, woher der Patient gekommen ist, und von wem der Fall zur Bearbeitung angetragen wurde, erfolgte nun eine Untersuchung in entsprechender Gruppierung:

1.) die vom Arzt angetragenen Fälle,
2.) die von den Kassenmitarbeitern vorgetragenen Probleme und
3.) die vom Patienten und seinem Umfeld formulierten Fragen.

Dieser Einteilung folgend soll in den nächsten Abschnitten den oben genannten Fragen nachgegangen werden.

3.1. Probleme der vom Arzt kommenden Patienten

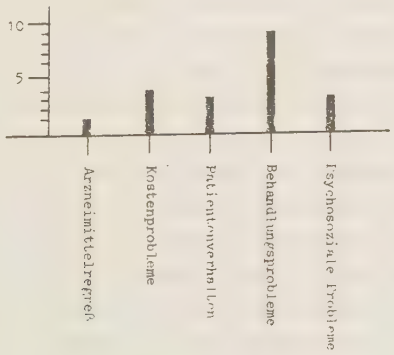
Wie die Tabelle Nr. 5 ausweist, wurden in den 81 Situationen 17 Fälle durch Ärzte angetragen, die daher fortan als ARZT-GRUPPE erscheinen. In zwei Fällen wurde das Problem von Klinikärzten vorgetragen, während 15 Patientensituationen dieser Gruppe von niedergelassenen Ärzten avisiert wurden. Anhand der Protokolle wurde diese ARZT-GRUPPE nach den oben genannten Fragen zu einer Liste (ARZT-LISTE) zusammengestellt. -

Fall-Nr.	Vorgetragenes Problem	Wessen Problem?	Problemüberlagerungen
xx111	Therapieprobleme bei Adipositas permagna	Patient	Verärgerung d.Arztes b.fehl. Patientenmotivation
10113	Notw.Beinamp.verhindert durch Eigenmächtigk.d.Ehefr.v.Pat.	Patient	Zorn u.Verärgerung b.Arzt
54118	Evtl.Beh.-erfolg b.individueller Th.v.Heroinsucht	Patient	Hilfsbereitschaft u.Engagement b.fehl.eig.fachärztl.Kompetenz
38125	Wegen Mißerfolg Beh.-fragen b.vegetativer Erschöpfung	Patient	Resignation d.Arztes b.türk.Pat. m.gestörtem Befinden o.Befund
22237	Sinnlose u.teure Arzt- u. Krankenhauskosten	Patient	Zorn u.Verärgerung d.Arztes b. kostenorientierter Probl.-formulierung
43138	Behandlungsfragen b.Pat.mit neurotischer Fehlregulation	Patient	Gefühl d.Ohnmacht u.Verärgerung b.Arzt wegen Pat.-situation
29239	Kurbeh.m.invasiver Diagn. pädagogisch erforderlich	Patient	Verärgerung d.Arztes; unklares Th.-konzept m.Nachgeben gegenüber Pat.-wunsch
48140	Beh.-fragen b.psychisch bedingtem organ.Befund	Patient	Th.-Notwendigkeit b.fehlender eig.fachärztl.Kompetenz
17243	Wunsch v.Pat.nach stat.Einweisung d.Ehepartners	Patient	Verärgerung u.Überforderung wegen besteh.psychosozialer Probleme
11251	Kurverordnung als Ausnahme	Patient	Leichte Verärgerung;Ausweichen v.Arzt u.Pat.vor sozialen Problemen
xx253	Frage n.Bildungsmöglichk.f. 15-jähr.Analphabetin	Patient	Betroffenheit u.Ratlosigkeit b.Arzt
15254	Bearbeitung psychosoz.Konfl. z.Sicherung v.Behandlungserf.	Patient	Sorge um Th.-erfolg in Abhängigkeit v.Bearbeitung sozialer Probleme
12161	Beschwerde üb.kosteninvasive Klinikdiagnostik	Patient	B.Arzt u.Pat. Machtlosigk.u.Hemmung gegenüber Klinikapparat
23172	Frage nach mögl.Hilfen b. sozialem Härtefall	Patient	Ratlosigkeit u.Engagement b.Arzt wegen Pat.zwischen Recht u.Abhängigkeit
xx181	Arzneimittelregreß	eigenes	Wunsch nach dir.Kontakt zur Kasse
27286	Unsoziales Pat.-verhalten sowie Leistungsgewährung d.AOK	Pat. u.Kasse	Verärgerung u.Ohnmacht b.v.Pat. regelm.beanspr.Leist.d.Kasse
30189	Frage n.Forts.geeign.stat.Th. in Ablösung eig.klin.Beh.	Pat.,Fam. Betrieb	Behandlungsengagement b.fehl. eigener fachl.Kompetenz

Vom Arzt vorgetragene Probleme
ARZT-LISTE (Liste Nr. 1)

Im Zusammenhang mit den dabei erforderlichen Kürzungen wurde versucht, Vereinfachungen zu vermeiden. Insbesondere wurde bei Benennung der Problemüberlagerungen versucht, der jeweiligen, im Protokoll festgehaltenen Situation gerecht zu

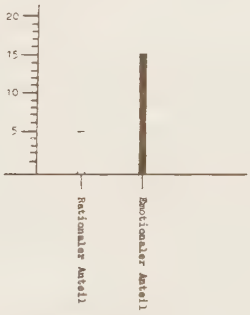
werden, um keine Wertungen aufkommen zu lassen. Die in der Liste benutzten Begriffe 'Engagement' und 'fehlende fachärztliche Kompetenz' stehen für Situationen, in denen vom problemvortragenden Arzt Veränderungen manchmal geradezu gefordert wurden, die jedoch den Handlungsspielraum gegebener fachärztlicher Zuständigkeit weit überschritten und neue Kompetenzen erforderlich gemacht hätten. -
Versucht man die tabellarische Aufgliederung zu veranschaulichen, so ergibt sich in dem Schema Nr. 8, daß Fragen zur Behandlung des Patienten deutlich überwiegen gegenüber Kostenfragen, Patientenverhalten oder auch psychosozialen Problemen. - Da in drei Situationen (Fall-Nrn. 10113;22237; 27286) mit der Fragestellung des Arztes verschiedene Problembereiche berührt wurden, mußten für die 17 Fälle, welchen in der Darstellung fünf Problembereiche zugeordnet wurden, insgesamt 20 Angaben gemacht werden. -
Zu der Fragestellung, wessen Problem vom Arzt definiert wurde, kann gesagt werden, daß 15 mal das Problem als zum Patienten gehörend definiert wurde. In einer Situation (Fall-Nr. 27286) wurde das Patientenproblem zugleich auch als Kassenproblem bezeichnet; und in dem Fall-Nr. 30189 wurden die mit dem Krankheitsgeschehen des Patienten verbundenen Probleme der Familie und der Existenz des familieneigenen Betriebes mit formuliert. -



Vom Arzt vorgetragene Probleme

Schema Nr. 8

Obwohl nun das Problem des Patienten vorwiegend im Bereich medizinischer Sachfragen angesiedelt war, wurden mit der Nennung des Problems verschiedene Nuancen spürbar. Es ist daher anhand jener in der ARZT-LISTE genannten Problemüberlagerungen der Versuch gemacht worden, zwischen rationalen und emotionalen Inhalten der Problemüberlagerungen zu differenzieren.



Problemüberlagerungen

Schema Nr. 9

Die emotionalen Nuancierungen der Problemüberlagerungen zeigen ein breites Spektrum von Ohnmacht, Betroffenheit und Hilfsbereitschaft bis hin zur Verärgerung, während die rationalen Anteile zumeist dem Sektor fehlender fachärztlicher Kompetenz zuzuordnen sind. Diese beiden in ihrer Häufigkeit so deutlich differierenden Akzente sind in dem Schema Nr. 9 dargestellt. Ein Vergleich der beiden Darstellungen Nr. 8 und Nr. 9 zeigt, daß der Anlaß für die Problemdefinition beim Arzt vorwiegend eine Sachfrage war, während das Wahrgenommene in ganz starkem Maße den emotionalen Anteil des Arztes einbezieht. Es kann sogar vermutet werden, daß das Sachproblem als vordergründige Frage realiter eine Folge mehr oder minder reflektierter emotionaler Abläufe darstellt, die der Arzt als Sachfrage gekleidet an die beratende Ärztin delegiert. Daraus kann gefolgert werden, daß eben doch nicht nur das Problem des Patienten allein, sondern geradeso auch ein damit verbundenes,im Arzt ablaufendes Gefühlsgeschehen geäußert wurde. Mit der Nennung

eines sachlichen Patientenproblems wurden also eine oder auch mehrere Gefühlsreaktionen wahrgenommen, so daß stets gleichrangig neben dem Problem des Patienten das damit verbundene Gefühl des Arztes im Raum steht.

3.2. Probleme der von der Krankenkasse kommenden Patienten

Der bereits in der Tabelle Nr. 5 getroffenen Übersicht folgend soll nun die Gruppe von Fällen betrachtet werden, welche der beratenden Ärztin durch die Kassenmitarbeiter angetragen wurde, und die im folgenden als KASSEN-GRUPPE erscheint. Dabei wird in der Einteilung nach den im voraufgegangenen Abschnitt festgelegten Fragen verfahren:

a) Welches Problem wird vorgetragen?

b) Wessen Problem wird vorgetragen?

c) Welche Problemüberlagerungen werden beobachtet?

Bei der Schilderung der vorgetragenen Probleme dieser KASSEN-GRUPPE scheint es sinnvoll zu sein, einmal der Frage nachzugehen, welche Instanzen innerhalb der Kasse durchlaufen werden, bis ein Problem der beratenden Ärztin vorgetragen wird. - Es konnte beobachtet werden, daß manche Nebenstellenleiter es sich beispielsweise zur Regel gemacht haben, ein ihnen als rein medizinisch imponierendes Problem sofort per Telefon der beratenden Ärztin vorzutragen, um es gemeinsam zu besprechen und eventuell zu lösen. Für solche Situationen soll als Beispiel eine kleine Episode berichtet werden, die jüngst geschah, die in keinem Zusammenhang steht mit der Auswertung des vorgelegten Untersuchungsmaterials und die nur einen sehr geringen zeitlichen Aufwand erforderte, dabei aber die unterschiedlichen Verflechtungen recht deutlich werden ließ. - Aus dem Anruf eines Nebenstellenleiters ging hervor, daß ein Versicherter bei der Krankenkasse nachfragte, warum denn die AOK das Testmaterial für die Zuckerbestimmung nicht mehr bezahlen wolle. Nach einigen Rückfragen stellt sich heraus, daß der Patient in regelmäßigen Intervallen Blutzuckerbestimmungen gemacht hat, da er wegen gehabter Operationen und bestehender Erkrankungen häufig einen zu niedrigen Blutzuckerspiegel habe. In dem Gespräch mit dem

Nebenstellenleiter werden nun alle denkbar erscheinenden Variationen dieses Problems besprochen. Zuletzt wird noch auf die Möglichkeit hingewiesen, daß sich das Krankheitsbild unter Umständen so stabilisiert haben könnte, daß die eigenen Kontrolluntersuchungen des Patienten nicht mehr erforderlich sind. Und es wird des weiteren auch noch darauf hingewiesen, daß der behandelnde Arzt dieses vielleicht nicht erklärt haben könnte, sondern die sonst obligate Verordnung abgetan haben könnte mit dem weniger zeitaufwendigen Bemerken, die AOK bezahle das nun nicht mehr. Nach kurzer präziser Wiederholung aller besprochenen Punkte beschließt der Nebenstellenleiter,die Sache selbst durch einen Anruf beim Arzt zu klären. Auf beiden Seiten war denn auch das Erstaunen ein nicht geringes - hatte doch in der Tat das eine Argument für das andere herhalten müssen, wofür sich der Arzt, bei dem Nebenstellenleiter um Verständnis bittend entschuldigte, und der Nebenstellenleiter seinerseits auch nicht ganz unzufrieden war über seine eigene Arbeit. -

Neben solchen Situationen ist es in anderen Fällen ebensogut möglich, daß die Mitarbeiter der Krankenkasse aufgrund eigener Berufserfahrung auftretende Problemstellungen erkennen und bearbeiten, so daß sie nur in Ausnahmefällen ärztliche Beratung in Anspruch nehmen. - Schließlich noch gibt es Problemfälle, die erst durch unterschiedliche Auskünfte und Entscheidungen einen Grad von Schwierigkeit erreicht haben (Fall-Nr. 38226), daß den beteiligten Kassenmitarbeitern ein Einschalten der beratenden Ärztin sinnvoll erscheint. - Oder aber es setzt eine Patientenanfrage am Auskunftschalter der Krankenkasse (Fall-Nr. 24271) einen Apparat in Gang, der von hinten aufgerollt ergibt, daß bereits mehrere Kassenmitarbeiter wie auch die beratende Apothekerin der Krankenkasse an dem Fall gescheitert sind, weil die Anwendung gesunden Menschenverstandes in dieser Situation in einer Sackgasse enden mußte, da die Patientin krankheitsbedingt nicht in der Lage war, auf gesunden Menschenverstand zu reagieren oder gar selbst darüber zu verfügen.

In der Bearbeitung der eigentlichen Fragestellung dieses Ab-

Fall-Nr.	Vorgetragenes Problem	Wessen Problem?	Problemüberlagerungen
44212	Medikamentöse Versorgung im Ausland b.Ca.-Erkrankung	Patient	Angst u.Hilfsbereitsch.i.Umgang m.Angeh. einer Pat.m.Ca.imFinalstadium
- 00215	Verdacht auf ungerechtfertigte Inanspruchnahme d.AOK	Patient	Zweifel an Begründungen d.Klinikärzte
36219	Kostenübernahme v.kassenübl. bzw.nichtübl.Behandlung	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.Kassenbestimmungen
+ 35220	Abgrenzung psychischer u. somatischer Beschwerden	Patient u.eigenes	Unsicherheit b.Vorliegen psychischer u. somatischer Beschwerden
o 28121	Amb.Behandl.-fragen nach Klinikentl.b.schw.Depression	Patient u.eigenes	Unsicherheit im Umgang mit Pat.bei noch mögl.Suizidalität
o 36224	Häufung psych.,fam.u.organischer Beschwerden	Patient u.Familie	Mit jeweiliger Perspektive sich verändernde Problemstellungen
38226	Erforderl.ärztl.Begründung bei Erstattungsfall	Patient	Kasseninterne Probleme infolge Anspruchshaltung von Pat.
- 32227	Verdacht auf Psychose	Patient u.Familie	Interpretation ungewöhnl.Verhaltens v.Arzt u.Fam.als 'Allüren'
10128	Patientenbeschwerde nach Kur durch Krankenkasse	Patient	Patientenbeschwerde variiert zur Sanatoriumskritik
02229	Patientenbeschwerde n.OP. in Uni-Klinik	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.fehl.berufl.Kompetenz
o 37232	Unklarheiten bei Befund, Beschwerden u.Arbeitsunfähigk.	Patient u.eigenes	Unsicherheit wegen Überforderung u.eig.berufl.Kompetenz
29235	Fragen d.Kostenübern.b.nichtärztl.Psychotherapie	Patient	Unsicherheit i.d.Beurteilung b.fehl.eig.berufl.Kompetenz
43138	Behandl.-fragen b.Neurose u. anhaltender Arbeitsunfähigk.	Patient	Hilflosigkeit wegen fragl.Zuständigkeit
23144	Frage nach Facharzt für Proktologie	Patient	Unklarheiten in der Fragestellung von Pat.
- 59145	Dauer der stat.Behandlung (Chirurgie)	Patient	Verdacht auf fehlende Krankenhausinitiativen
20147	Fragen d.Kostenübern.b.v.Pat. gewünschter kassenunübl.Beh.	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.fehl.berufl.Kompetenz
26148	Behandlungswunsch b.nicht geklärt erscheinendem Befund	Patient	Kasse u.Patient zwischen Fordern u.Delegieren
o 10255	Prüfung d.Frage einer Versorgung m.Elektro-Fahrstuhl	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.fehl.berufl.Kompetenz
- 32257	Dauer d.stat.Behandlung in psychosomatischer Fachklinik	Patient u.Klinik	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.Beurteilung d.tatsächl.Notwendigen
37259	Emotionales Patientenverhalten	Patient	Wehrlosigkeit u.Hilflosigkeit gegenüber Gefühlsausbruch von Pat.
37265	Differierende Beurteilungen durch VäD u.Facharzt	Patient	Konfliktsituation in d.Beurteilung widersprechender Arbeitsunfähigkeiten
47266	Kostenübernahme für nichtärztliche Psychotherapie	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.geltenden Kassenbestimmungen
20168	Behandlungsforderung v.Pat.zur Vermeidung v.AU.-Zeiten	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.fehl.berufl.Kompetenz
24271	Medikamentenforderung b. 'komischer' Patientin	Patient	Allgem.Ratlosigkeit bei auffälligem Patientenverhalten
33273	Kostenübernahme für nichtärztl. Psychotherapie	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.geltenden Kassenbestimmungen
xx174	Frage n.mögl.Vorgehen b.Verd. auf ärztl.Behandlungsfehler	Patient	Fehl.berufl.Kompetenz in d.Beurteilung vorgebr.Behandlungskritik
15276	Energ.Patientenforderung n.bestimmter ärztl.Behandlung	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.fehl.berufl.Kompetenz
37277	Fragen d.Kostenübernahme bei nichtkassenüblicher Behandlung	Patient	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.geltenden Kassenbestimmungen
27282	Klärung ärztl.Fragen b.Verdacht auf Kunstfehler	Patient	Konflikt zwischen anfallenden ärztl. u. juristischen Fragen
o 14283	Behandl.-fragen b.Verdacht auf Arzneimittelabusus	Patient	Konflikt zwischen persönl.'Urteil' u.Einsicht in Behandlungsbedürftigkeit
44285	Dring.Forderung nach stat.Behandlung b.Suizidgefährdung	Patient	Allg.Delegieren aus Angst vor erneutem Suizidversuch
+ 35288	Ambulante Behandlung einer Depression n.Klinikentl.	Patient u.Ehemann	Konflikt zwischen persönl.Hilfsbereitschaft u.fehl.eig.berufl.Kompetenz

Von Kassenmitarbeitern vorgetragene Probleme

KASSEN-LISTE (Liste Nr. 2)

schnittes wurden aus den 81 Protokollen diejenigen Fälle in der Liste Nr. 2 nach den eingangs festgelegten Fragestellungen zusammengetragen, die von den Kassenmitarbeitern vorgetragen wurden; diese Liste wird im Folgenden als KASSEN-LISTE bezeichnet. Darin wurden die Erkennungsziffern derjenigen Patienten markiert, für die das jeweilige Problem von den Mitarbeitern des eingangs beschriebenen Teams formuliert wurde. Die Fälle mit

- o kommen von den Sozialarbeitern der AOK, diejenigen mit
- \- sind von der beratenden Ärztin der AOK aufgegriffen worden und die mit
- \+ markierten Fälle wurden von Psychologen anderer sozialer Einrichtungen vorgestellt.

In dieser Fallgruppe sind also nicht ausschließlich, wie zunächst angenommen werden könnte, von Verwaltungsfachleuten vorgetragene Probleme zusammengefaßt, sondern ebenso auch die Problemstellungen, die aus der Zusammenarbeit der beratenden Ärztin der Krankenkasse mit den Sozialarbeitern der AOK und den Psychologen hervorgegangen sind. Von den insgesamt 32 Fällen dieser Kassengruppe sind es immerhin elf Patientensituationen, die innerhalb des Teams durchgesprochen wurden.

3.2.1. Probleme aus der Gruppe der Verwaltungsberufe

Nachfolgend sollen zunächst die Protokolle betrachtet werden, deren darin enthaltenes Problem von einem Verwaltungsmitarbeiter vorgestellt wurde. Dabei handelt es sich um 21 Fälle. Die reduziert vorliegende Form der Protokolle in der KASSEN-LISTE macht ein Zusammenfassen zu übergeordneten Problemstellungen und Problemüberlagerungen möglich, wie sie aus der Tabelle Nr. 8 ersichtlich sind. Vorgetragen wurden die Probleme jeweils von Beschäftigten der Krankenkasse, die einen häufigen Patientenkontakt haben, wie das z.B. besonders bei den Sachbearbeitern der Leistungsabteilung, bei den Nebenstellenleitern aber auch bei der Geschäftsführung der Krankenkasse der Fall ist. Die der beratenden Ärztin vorgetragenen Probleme nun sind augenfällig charakterisiert durch Patientenfragen und -forderungen nach bestimmten Behandlungs-

formen, wie auch durch Fragen nach erforderlichen ärztlichen Begründungen im Zusammenhang mit der Erwartung einer Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung durch die Krankenkasse.

Vorgetragenes Problem	Fall-Nr.	Fall-zahl	Problemüberlagerungen	Fall-Nr.	Fall-zahl
Patientenverhalten	37259		Unklar bleibende Fragestellung	23144	1
	24271	2	Kasseninternes Problem	38266	1
Patientenbeschwerde	10128		Pat.-beschw.verb.m.eig.Kritik	10128	1
	02229	2	Pat.-forderung u.Delegieren	26148	1
Sachl.Bearbeitungsproblem	37265		Hilflosigk.bei Pat.-Verhalten	37259	
	xx174			24271	2
	27282	3	Angst u.Hilfsbereitschaft	44212	
Anfragen bzw.Pat.-forderungen	43138			44285	2
wegen bestimmter Behandlung	23144		Fehl.berufl.Kompetenz gegen-	xx174	
	20147		über vorgebrachter Pat.-Kritik	27282	2
	26148		Konflikt zwischen persönl.	36219	
	20168		Hilfsbereitschaft u.Kassenbest.	47266	
	15276			33273	
	44285	7		37277	4
Erforderl.ärztl.Begründung b.	44212		Konflikt zwischen persönl.	02229	
Fragen der Kostenübernahme	36219		Hilfsbereitsch.u.fehl.berufl.Komp.	29235	
	38226			43138	
	29235			20147	
	47266			37265	
	33273			20168	
	37277	7		15276	7

Vorgetragene Probleme und Problemüberlagerungen d.Verwaltungsmitarbeiter

Tabelle Nr. 8

Es überwiegen also jene Situationen, in denen - unabhängig von einer Behandlungssicherung durch Krankenschein - eine Krankheitsbehandlung gewünscht, geplant oder bereits abgeschlossen ist, die außerdem nicht selten außerhalb der Kassenbestimmungen liegt. Initiator solcher Problemstellungen ist somit nicht der Verwaltungsbeamte, sondern der Versicherte mit seiner Krankheit und seinem Behandler aufgrund seines bei der Krankenkasse vorgebrachten Antrages auf Kostenübernahme. Also: eine Sachfrage. -

Der Verwaltungsmitarbeiter ist durch diese Fragestellung herausgefordert, eine Entscheidung zu treffen, die nur zum Teil in seine Zuständigkeit fällt. Aufgrund seiner Ausbildung ist er kompetent für die Handhabung und Anwendung gesetzlicher Bestimmungen der Krankenversicherung - nicht aber für die Beurteilung notwendiger oder nicht notwendiger Krankheitsbehandlungen; mit der Anfrage werden jedoch neben der Verwaltungskompetenz zusätzlich medizinische Bereiche berührt. Zwar wird bei dem je vorgetragenen Problem in fast allen Fällen zunächst ein scheinbar ausschließlich sachliches Pro-

blem der Krankenkasse definiert. Genaueres Hinhören macht jedoch die eigene emotionale Beteiligung des Angesprochenen deutlich, wie das in der Tabelle Nr. 8 bei den Problemüberlagerungen augenfällig wird. Diese spiegeln recht deutlich die persönliche Anteilnahme des angesprochenen Kassenmitarbeiters am jeweiligen Problem. Die Skala reicht von Hilflosigkeit anläßlich auffälligen Patientenverhaltens über Angst und Hilfsbereitschaft bis hin zu jenen Situationen, in denen die Bereitschaft zum Helfen deutlich zum Ausdruck kommt, gleichzeitig jedoch eingeschränkt wird durch geltende Kassenbestimmungen, oder durch das Fehlen eigener beruflicher Kompetenzen. Oft genug wurden und werden Äußerungen erlebt wie etwa: "da möchte ich gerne helfen, aber ich bin dafür nicht zuständig, ich kann das nicht beurteilen!" Das elementare menschliche Bedürfnis, Hilfe zu gewähren, charakterisiert die Mitarbeiter der Krankenkasse ebenso wie ihr Wissen um das Fehlen einer dafür erforderlichen Beurteilungskompetenz, hingegen eine genaue Kenntnis der geltenden Kassenbestimmungen vorausgesetzt werden kann. -
Aus der vorgelegten Auswertung geht hervor, daß mit der Nennung eines Sachproblems zugleich auch das Spektrum der gefühlsmäßigen Beteiligung des Angesprochenen deutlich wird. Und damit wird letztendlich nicht nur ein Sachproblem eines Patienten definiert, sondern es wird zugleich - nicht anders als in der ARZT-GRUPPE - das emotionale Problem des Definierenden erkennbar.

3.2.2. Probleme aus der Gruppe der helfenden Berufe

Die Kombination eines sachlichen Problems mit persönlichen, gefühlsmäßigen Anteilen wird ebenso auch bei den aus dem Team stammenden Fällen deutlich. In der Tabelle Nr. 9 sind die vorgetragenen Probleme und Problemüberlagerungen zusammengefaßt, wie sie für diese Gruppe in der Bearbeitung der Protokolle deutlich geworden sind. Auch in dieser Tabelle imponiert das vorgetragene Problem jeweils als eine Sachfrage, die überlagert wird durch eigene Unsicherheiten, Nicht-Zuständigkeiten und Zweifel. Kennzeichnend für die einzelnen Mitarbeiter dieser Gruppe sind jedoch die ständig anfallenden

und verunsichernden eigenen Erfahrungen im Umgang mit sachlichen Problemen und deren affektiven Überlagerungen, weshalb innerhalb dieser kleinen Gruppe auch über Unsicherheiten und Unfähigkeiten bis hin zu Ängsten gesprochen werden kann, was möglicherweise einen Unterschied zu der zuvor beschriebenen Gruppe bedeutet.

Vorgetragenes Problem	Fall-Nr.	Fall-zahl	Problemüberlagerungen	Fall-Nr.	Fall-zahl
Ambulante Behandlungsfragen	o 28121		Unsicherheit i.d.Beurteilung	+ 35220	
	o 14283			o 28121	
	+ 35288	3		o 36224	
Abgrenzung von Problemen	+ 35220			- 32227	4
aus versch.Bereichen	o 36224		Konfl.zwischen Hilfsbereitsch.	- 00215	
	o 37232		u.Zweifel an ärztl.Begründungen	- 59145	
	o 10255	4		- 32257	3
Verdacht auf Akuterkrankung	- 32227	1	Konflikt zwischen eig.berufl.	o 37232	
Prüfung der Inanspruchnahme	- 00215		Kompetenz u.Überforderungen	o 10255	
von Kassenleistungen	- 59145			o 14283	
	- 32257	3		+ 35288	4

Vorgetragene Probleme und Problemüberlagerungen d.soz.Berufe

Tabelle Nr. 9

3.3. Probleme der von sich aus kommenden Patienten

Nach der Darstellung der von der ARZT-GRUPPE und der KASSEN-GRUPPE vorgebrachten Fälle soll nun eine Problembeschreibung jener Gruppe von Situationen folgen, die gekennzeichnet ist durch eine vom Patienten selbst und seinem Umfeld ausgehende Initiative, und die daher als PATIENTEN-GRUPPE bezeichnet wird. Wie aus der Tabelle Nr. 5 hervorgeht, handelt es sich um 33 Fälle, die in der PATIENTEN-LISTE (Liste Nr. 3) nach den bisher gestellten Fragen:

a) Welches Problem wird vorgetragen?

b) Wessen Problem wird vorgetragen?

c) Welche Problemüberlagerungen werden beobachtet?

zusammengefaßt worden sind. - Nicht in jedem Fall dieser Gruppe ging der erste Anstoß vom Patienten selbst aus. Bezogen auf den Lern- und Arbeitsbereich des Patienten haben einmal eine Lehrerin, einmal ein für die Betreuung von Auszubildenden zuständiger Beamter und zweimal ein Arbeitgeber die jeweiligen, den Patienten betreffenden Fragen der beratenden Ärztin zuerst vorgetragen. In weiteren acht Fällen wurden Angehörige des Patienten aktiv und nahmen den Erstkontakt mit

Fall-Nr.	Vorgetragenes Problem	Wessen Problem?	Problemüberlagerungen
48214	Frage nach Behandlungskorrektur	Patient	Unsicherheit und Schuldgefühle
59116	Frage nach Behandlung des homosexuellen Sohnes	Patient v.Vater	Peinlichkeitsgefühl beim Aussprechen
19217	Frage nach verständnisvoller Ärztin wegen Behandlungsprobl.	Patient	Gefühl v.Peinlichkeit u.Treue gegenüber Arzt
35222	Frage n.Behandlung bei Lungentumor	Patient	Unsicherheit u.Hoffnung b.unterschiedlichen ärztlichen Auskünften
32123	Frage nach mögl.ärztl.Eingreifen b.Alkoholabusus	Patient v.Arbeitgeber	Fürsorge-u.Kompetenzfragen
32230	Persönl.u.fam.Konflikte	Patient	Suche nach Entscheidungskompetenz
64231	Frage n.geeigneter Schulform b.Anpassungsproblemen v.Pat.	Patient v.Lehrerin	Unsicherheit i.d.eig.Entscheidungs-u.Verantwortungsfähigkeit
24233	Fragenfülle b.Rheuma (PCP)	Patient	Bedürfnis nach Zuwendung
34134	Unsicherheit in Behandlungsfragen b.Tu-Erkrankung	Patient v.Ehefrau	Stellenwert der Krankheit???
63236	Behandlungsfragen b.häufig erkranktem Azubi	Patient v.Arbeitgeber	Unsicherheit u.Schwierigkeit in der gerechten Beurteilung
29241	Wunsch n.Entscheidungshilfe vor Herzoperation	Patient	Entscheidungs-u.Lebensangst
31242	Frage n.Behandlung v.Schlafstörungen	Patient	Angst vor eigener Formulierungs-u.Entscheidungsfähigkeit
09246	Frage nach Untersuchung durch beratende Ärztin	Patient	Angst u.Hoffnung wegen vorgeschlagener Beinamputation
12249	Frage n.mögl.Urlaubsort b.bestehenden Erkrankungen, Kur?	Patient v.Sen.Veranst.	Bedürfnis n.zeitl.u.sozialer Zuwendung
62250	Krankheitsfragen b.leistungsschwachem Azubi	Patient v.Betreuer	Problem v.Leistungsforderung und Verständnis
34152	Soz.u.fam.Probleme b.hirnorg. bedingtem Psychosyndrom	Patient v.Mutter	Behinderungsbedingte Entscheidungslosigkeit; Frührentner, Mutterbindung
41256	Forderung nach v.Pat. gebilligter Therapie!	Patient	Diskrepanz zwischen Finalstadium u. Willensleistung (selbstzerstörerisch)
16158	Frage n.Behandlungsmöglichkeit b.bestehenden fam.Belastungen	Patient	Resignation wegen vermuteter Unlösbarkeit der Probleme
36160	Arbeitsplatzprobleme;Frage um Hilfe b.Erwerb d.Führerscheines	Patient	Unfähigkeit zur selbständigen Problembewältigung
34162	Frage n.Behandlungsmöglichk. ohne Aufenthalt im LKH	Patient v.Ehefrau	Unsicherheit gegenüber erneut auftretender Depression
58263	Frage n.verbindlicher Diagnostik einer MS	Patient	Abhängigk.eig.Entscheidungsfreiheit v.Krankheit d.Mutter
40264	Fragen wegen unverstandener Klinikinformation	Patient	Subjektiv erlebtes u.objektives Krankheitsgeschehen;Entscheidungsunsicherh.
12267	Frage n.Krankheitsgeschehen bei der Mutter	Patient v.Tochter	Angstgefühle u.Krankheitsgeschehen
53169	Frage nach Behandlung mit AT	Patient v.Ehefrau	Angst vor Krankheit u.Arbeitsplatzverlust bei Ulcus XII
16170	Frage nach Arztwechsel und Bitte um neuen Krankenschein	Patient	Anhänglichkeit u.Arztkritik
62175	Fragen um Hilfe b.Musterung	Patient	Bedürfnis n.menschl.u.soz.Zuwendung b.Lösung persönl.Probleme
26178	Kurwunsch wegen soz.Probleme nach Berentung	Patient	Unsicherheit gegenüber familiären u.sozialen Problemen
41279	Frage n.erforderl.klinischer Diagnostik b.Ehefrau	Patient v.Ehemann	Allgemeines Arrangement auf Organebene; Forderung nach Beschwerdefreiheit
34180	Frage nach Kurwiederholung	Patient	Angst b.anstehender berufl.Veränderung
38284	Bitte um Entscheidungshilfe b.Eheproblemen	Patient	Erwartungshaltung gegenüber ber.Ärztin
35287	'Nervenschock' nach Arbeitsumfall;Behandlungsfragen	Patient	Wunsch nach Belobigung n.Arbeitsunfall; Bedürfnis nach Zuwendung
63290	Schwangerschaftsprobleme bei Schülerin	Patient v.Mutter	Entscheidungsunsicherheit bei ungeplanter Gravidität
30291	Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch b.Tochter	Patient	Problemformulierung;Peinlichkeit

Vom Patienten vorgetragene Probleme

PATIENTEN-GRUPPE (Liste Nr. 3)

der beratenden Ärztin auf, um das bestehende Problem anzusprechen. Diese letztgenannte Gruppe von acht Patienten ist nicht identisch mit denjenigen Fällen, in denen der Patient selbst aufgrund eines Anstoßes aus dem Familien- oder Freundeskreis aktiv wurde, oder in denen das Erstgespräch bei der beratenden Ärztin in Anwesenheit von Angehörigen oder Freunden stattfand. Hier sind also nur diejenigen acht Patienten gemeint, für die eine erste Problemformulierung gegenüber der beratenden Ärztin durch Angehörige des Patienten erfolgte. (Dreimal brachte die jeweilige Ehefrau das Problem zur Sprache; einmal war es der Ehemann, der eine günstige Gelegenheit benutzte; zweimal kam die Mutter des Patienten und einmal der Vater, während in einem Fall die Tochter den Kontakt aufnahm.) Während nun in vier Fällen die Anregung aus dem Arbeitsbereich des Patienten kam, und in acht Fällen die Angehörigen die erste Formulierung übernahmen, wurde in 21 von den 33 hier zu untersuchenden Situationen der betroffene Patient von sich aus initiativ.

Bei den vorgebrachten Problemen ging es, wie aus der Tabelle Nr. 10 ersichtlich ist, insgesamt zwölfmal um Behandlungsfragen - und zwar nicht etwa im Sinne einer Patientenbeschwerde oder einer Patientenklage. Es wurden vielmehr medizinische Fragen zu einer bereits bestehenden oder geplanten Behandlungssituation vorgebracht, die z.B. eine Behandlungskorrektur (Fall-Nr. 48214), Behandlungsaussichten eines frisch diagnostizierten Lungentumors (Fall-Nr. 35222), Erleichterung bei bestehender PCP (Fall-Nr. 24233) oder Behandlung von Schlafstörungen (Fall-Nr. 31242) betrafen. Auch wurden Fragen zur medizinischen Diagnostik gestellt, wie z.B.: "es ist zwar schon so viel gemacht worden, aber nichts hilft, und Sie kennen bestimmt die Klinik, in der meine Frau mal richtig durchuntersucht werden kann" (Fall-Nr. 41279). Dagegen ging es im Fall-Nr. 58263 um die diagnostische Abklärung einer MS, und im Fall-Nr. 12267 stand die Ausschlußdiagnostik eines Tumors im Vordergrund. Unverstandene Erklärungen eines Arztes zu Art und Umfang der Erkrankung (Fall-Nr. 40264) oder Fragen zu den Auswirkungen einer Schilddrüsenerkrankung (Fall-Nr. 62250) zeigen krankheitsab-

hängige Informationsbedürfnisse beim Patienten, die auch in denjenigen Situationen auffielen, in denen die vom Arzt abgegebenen Erklärungen zwar verstanden worden waren, aber zusätzlich Hilfen bei erforderlichen Entscheidungen gesucht wurden. In diese Gruppe gehört z.B. die Patientin mit der Fall-Nr. 29241, die vor der Entscheidung einer risikoreichen Herzoperation stand. -

Vorgetragenes Problem	Fall-Nr.	Fall-zahl	Problemüberlagerungen	Fall-Nr.	Fall-zahl
Probl.v.Arbeitsplatz u.Führerschein	36160	1	Fixierte Erwartungshaltung	41279	
Med.Probl.b.Musterung	62175	1		38284	2
Fam.Konfliktsituation	32230		Handlungs-u.Beurteilungsprobl.	32123	
	34152		b.fehl.berufl.Kompetenz	63236	
	30291	3		62250	3
Persönl.Entscheidungshilfen	64231		Bedürfnis n.menschl.Zuwendung	24233	
	29241			12249	
	38284			35287	3
	63290	4	Suche nach Hilfe bei	32230	
Kurfragen	12249		erforderl.Entscheidung	64231	
	26178			29241	
	34180	3		31242	
Arztwechsel	19217			34152	
	16170	2		58263	
Med.Befund-u.Beurteilungsfragen	63236			63290	7
	62250		Gefühl d.Unsicherheit gegen-	34134	
	40264	3	über bestehenden Problemen	36160	
Diagnostische Fragen	09246			34162	
	58263			62175	
	12267			26178	
	41279	4		34180	6
Med.Behandlungsfragen	48214		Unsicherheit u.Selbstwert	16170	1
	59116		Unsicherheit u.Schuld	48214	1
	35222		Unsicherheit u.Peinlichkeit	59116	
	32123			19217	
	24233			30291	3
	34134		Unsicherheit,Angst u.Hoffnung	35222	
	31242			09246	
	41256			16158	
	16158			40264	
	34162			12267	
	53169			53169	6
	35287	12			

Probleme und Problemüberlagerungen b.d.Patienteninitiativen

Tabelle Nr. 10

Diesen insgesamt 28 Fällen, bei denen krankhaftes Körpergeschehen im Vordergrund stand, stehen die fünf Fälle gegenüber, in denen a priori menschliche Hilfe im Zusammenhang mit bestehenden krankhaften Veränderungen erwartet wurde, wie das z.B. bei dem Problem eines Arbeitsplatzwechsels und dem dafür erforderlichen Erwerb eines Führerscheines (Fall-Nr. 36160), sowie bei den Schwierigkeiten der anstehenden Musterung (Fall-Nr. 62175) trotz gravierender körperlicher Veränderungen

auffiel. In drei Situationen wurden menschliche Probleme in Form von familiären Konfliktsituationen vorgebracht, z.B. bei dem Patienten mit der Fall-Nr. 34152, der infolge eines hirnorganischen Psychosyndroms innerhalb der Familie auffällig geworden war.

Wie bei den beiden zuvor beschriebenen Gruppen wird auch in der PATIENTEN-GRUPPE neben den sachlichen Inhalten einer krankheitsbedingten Problemstellung eine deutliche Überlagerung durch die mit dem Krankheitsgeschehen verbundenen Gefühlsinhalte deutlich. Waren es bei den Ärzten und den Kassenmitarbeitern mehr die mit einem Fallgeschehen verknüpften affektiven Resonanzen des je Vortragenden, so sind es jetzt bei den Patienten die um die Fragen nach einer bestehenden Krankheit herum gruppierten eigenen Ängste und Unsicherheiten des Betroffenen und seiner Angehörigen, die spürbar werden. - So war es z.B. im Fall-Nr. 53169 die Ehefrau, die - weil es doch endlich besser werden müßte! - auf Behandlung drängte, während beim Patienten selbst die bisher nie ausgesprochenen Ängste fast zur Handlungs- und Entscheidungsunfähigkeit führten:

> "wir sind Spanier, meine Frau erwartet in wenigen Wochen das zweite Kind, hört auf zu arbeiten, ich bin krank, überall am ganzen Körper Beschwerden, deswegen vielleicht keine Arbeit mehr - genug deutsche Männer - was mache ich: ich kann in Spanien nicht leben und Familie ernähren und in Deutschland auch nicht!"

Bei der Patientin mit der Fall-Nr. 12249 waren die Fragen nach Behandlungsmöglichkeiten für die Summe aller in ihrem Alter bestehenden Erkrankungen Anlaß für eine aufbrechende Fülle von Fragen nach Lebens- und Kontaktmöglichkeiten, "weil doch der Mann noch so viel machen kann". -

In der Tabelle Nr. 10 zeigt die aufgeführte Übersicht eine Gegenüberstellung der vorgetragenen Probleme und der Problemüberlagerungen. Da haben medizinische Sachfragen wegen fehlender Beurteilungskompetenz kaum mehr eine Bedeutung gegenüber der breiten Skala von Unsicherheiten des Patienten. In 17 Situationen spiegeln die Problemüberlagerungen Gefühle von Unsicherheit - meist noch verbunden mit Gefühlen von Angst, Schuld oder Hoffnung! und in einem Fall war es nicht

möglich, die Summe der Problemüberlagerungen in der Tabelle festzuhalten: es handelt sich um eine Patientin, die acht Tage später an den Folgen ihrer Erkrankung verstorben ist (Fall-Nr. 41256). -
Wie in den zuvor betrachteten Gruppen fällt auch in der PATIENTEN-GRUPPE eine Überlagerung der Probleme durch emotionale Anteile auf. Zum wesentlichen Unterschied jedoch betreffen hier Sachfrage und zugehöriger emotionaler Hintergrund ein und dieselbe Person! Der betroffene Patient fragt ausschließlich für sich; er definiert sein eigenes Problem. Und als dieses ist nicht nur die vorgebrachte Sachfrage zu betrachten, sondern gleichsam damit verflochten wird der gefühlsmäßige Anteil am Problem eben dieser Persönlichkeit erkennbar. Haben Arzt und Krankenkassenmitarbeiter die Möglichkeit, eine einmal formulierte Frage mitsamt den daran gekoppelten, reflektierten oder unreflektierten Emotionen zur Bearbeitung zu delegieren, so steht der Patient vor der Schwierigkeit, eigene Ängste zuvor überwinden zu müssen, ehe er sein Problem definieren kann. -
Dieses Äußern und Abgeben von Problemen und damit verbundenen Gefühlen von Angst oder Unsicherheit bringt zwar für den Patienten oft schon eine Erleichterung - vielleicht auch ein Aufatmen - doch: das Problem ist noch nicht gelöst.

3.4. Resümee

Welches Problem hat der Patient? - diese Eingangsfrage muß den gemachten Beobachtungen folgend differenziert beantwortet werden. In der Mehrzahl stammt das hier vorgetragene Problem primär aus den Bereichen der ärztlichen Versorgung, den damit verbundenen Kostenfragen und den krankheitsbedingten Informationsbedürfnissen des Patienten. Wesentlich seltener sind diejenigen Situationen, bei denen die primäre Aufmerksamkeit psychosozialen oder individuellen Belangen gewidmet ist. Erst das Hinterfragen der jeweiligen Situation zeigt, daß in der Definition eines Problems Überlagerungen enthalten sind, die eine emotionale Beteiligung des Definierenden am Problem erkennen lassen. Dabei sind, wie gezeigt werden konnte, die Gefühle der Helfenden und Betreuenden

anderer Natur als die des Betroffenen selbst. -
Weiterhin konnte gezeigt werden, daß für Arzt, Kasse und Patient das gleiche Problem differierende Bedeutung hat, und daß folglich auch die Definitionen voneinander differieren. In der Patientenarbeit wurde daher vermieden, einer Fragestellung durch Arzt, Kasse oder Patient linear zu folgen; es wurde vielmehr versucht, die verschiedenen Sichtweisen zusammenzutragen, um herauszufinden, worunter der betroffene Versicherte leidet, und was seine Beratungsbedürftigkeit kennzeichnet. Dabei hat sich gezeigt, daß in fast allen Fällen ungelöste Grenzsituationen zwischen Krankheit und deren psychosozialen Folgen beim Patienten eine Ratlosigkeit und schließlich eine Beratungsbedürftigkeit bewirken.

4. Problembearbeitung

Nach der ersten Schilderung, welcher Patient woher kommt, wurde im folgenden Schritt versucht, das Problem der betroffenen Person darzustellen. Dabei zeigte sich ein nur schwer zu definierender Problemkomplex mit Interferenzen durch die emotionale Beteiligung des Vortragenden wie des Betroffenen. Das Offenlegen nun dieses Komplexes kann als ein Ergebnis bis hierhin geleisteter Beziehungsarbeit zwischen der beratenden Ärztin und dem einzelnen Patienten angesehen werden; denn nicht zuletzt aufgrund der angewandten Gesprächsmethoden entwickelt sich ein Verhältnis, das den Patienten befähigt, sich in seinem Betroffensein darzustellen, und das damit zugleich Einblick gewährt in die bestehenden bzw. gestörten Beziehungen des Patienten zu sich, seinen Angehörigen, seinen Freunden, seinen Arbeitskollegen und nicht zuletzt auch zu den für ihn wichtigen Institutionen beispielsweise der ärztlichen Versorgung. - Vor dem Hintergrund dieser vielleicht durch zunehmendes Vertrauen charakterisierten Beziehung hat die folgende Problembearbeitung zum Inhalt, bisher Wahrgenommenes im weiteren Gesprächsverlauf zu ordnen. Dieser Schritt wird seitens der beratenden Ärztin mehr fragend als feststellend vollzogen, indem versucht wird, die Gleichzeitigkeit aller das Problem betreffenden Aspekte nach

Art einer Zusammenschau in das Blickfeld des Patienten zu rücken. Durch dieses Vorgehen gelangt der Patient dahin, eigene Wertungen zu finden und eigene Akzente zu setzen.

4.1. Problembearbeitung bei der PATIENTEN-GRUPPE

Es werden zunächst diejenigen 33 Situationen vorgestellt, in denen der Patient von sich aus bzw. aufgrund einer Anregung seines Umfeldes die beratende Ärztin der Krankenkasse aufgesucht hat. Die bearbeiteten Probleme dieser Gruppe sind in der PATIENTEN-LISTE (Liste Nr. 4) zusammengefaßt. Für sechs Fälle dieser Gruppe sind die Kennziffern markiert; es handelt sich um Situationen, in denen menschliche Probleme vorgetragen wurden, ohne daß zugleich ärztliche Behandlungsbedürftigkeit bei dem Betroffenen bestand, das vorliegende Problem hingegen im Zusammenhang mit Befunden oder Befinden eines anderen Menschen gesehen werden mußte. Solches lag z.B. bei der Patientin mit der Fall-Nr. 58263 vor, deren Möglichkeiten eigener Lebensgestaltung abhängig waren von den bei der Mutter erhobenen Befunden. - Die Situation der anderen 27 Patienten dieser Gruppe sind bestimmt durch Behandlungsbedürftigkeit infolge krankhafter Veränderungen im körperlichen und/oder seelischen Bereich.

Bei der Problembearbeitung wurde versucht, die Gesamtheit der Belastungen aufzugreifen. - So ging es z.B. bei der Patientin mit der Fall-Nr. 35222 darum, nach Kenntnis der Untersuchungsbefunde (es handelte sich bei dieser Patientin um ein inoperables Adeno-Ca., bei dem nur noch je nach geklagten Beschwerden chemotherapeutisch vorgegangen werden sollte) sowie unter Einbeziehung des Ehemannes und einer Freundin, die Patientin an ihrem eigenen Krankheitsgeschehen aktiv teilnehmen zu lassen. Dabei erforderte gerade die Arbeit mit dieser Patientin, nicht irgendwelchen Inkonsequenzen Raum zu geben, um vielleicht die eine oder andere Entscheidung abzuwarten, weil ja irgendwann ein anderer Arzt eine andere Auskunft gegeben habe - ein Versuch, der immer wieder sowohl von der Patientin wie auch von ihrem Ehemann angestrebt wurde. - Auch bei der Patientin mit der Fall-Nr. 41256 wurde

- trotz aller eigenen Erschütterung über den Befund und das Befinden dieser moribunden Frau - entsprechend den von ihr gestellten Fragen an der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten gearbeitet - allerdings konsequent unter stetem Hinweis auf das ärztlicherseits Notwendige. Trotz einer gebotenen Notein-weisung hat sich eben diese Patientin, die sich in einem nicht zu beschreibenden, völlig entkräfteten Körperzustand

48214 Behandlungskorrektur und Selbstwertproblematik

59116 Behandlungsmöglichkeit bei Homosexualität

19217 Behandlungswunsch durch Ärztin bei Befall mit Läusen neben Treue zum Hausarzt

35222 Behandlungsfragen bei Lungen-Ca., Umgang von Pat., Angehörigen und Freunden mit Lebensangst

32123 Behandlungsgleichgültigkeit bei Alkoholismus

32230 Schwere innerfamiliäre Beziehungsstörungen

64231 Ausbildungs- u. Schul- sowie Behandlungsprobleme bei Konflikt zwischen Mutter und Tochter

24233 Bedürfnis nach betreuender Zuwendung bei PCP

34134 Mangelndes Selbstwertgefühl projiziert auf vermutetes Malignom

63236 Vorgebr.körperl.Störungen als Ausdruck menschl.Beziehungslosigkeit bei Azubi

29241 Entscheidungs- u. Lebensangst bei geplanter risikoreicher Herzoperation

31242 Schlafstörungen bei bestehender Eheproblematik u. angeblicher Entscheidungsunfähigkeit

09246 Angst vor Verstümmelung bei Beinamputation; fehl.Klinikkontakt des Hausarztes

12249 Einengung der Lebensmöglichkeit und Angstproblematik infolge Krankheit u. Alter

62250 Selbstwertproblematik u. Leistungsabfall bei euthyreoter Struma

34152 Entwicklung eigener Initiativen bei hirnorganischem Psychosyndrom und starker Mutterbindung

41256 Behandlungsprobleme bei Anorexia nervosa im Finalstadium

16158 Koordination notwendiger Behandlg.bei gleichzeitigen Versorgungsproblemen innerhalb der Familie

36160 Überwindung von Versagensangst durch Erwerb des Führerscheines

34162 Diskriminierungsangst u. Behandlungsbedürftigkeit bei Depression u. psychoreaktivem Versagenszustand

58263 Problematik eigener Lebensgestaltung bei Krankheit der Mutter

40264 Auswirkung fraglicher Hirnerkrankung, Angst vor OP u. Erblindung sowie vor Wohnortwechsel

12267 Angst vor Malignom bei Pat. u. Tochter; familiäre Häufung

53169 Behandlungsprobleme bei Ulcus XII mit Verdacht auf Objektverlust

16170 Problem eines 2. Krankenscheines wegen Enttäuschung über Arzt bei bestehendem schweren organischen Befund

62175 Probl.bei bevorstehender Musterung; geplante Wehrdienstverweigerung; Bearbeitung der medizinischen und sozialen Gründe

26178 Fam.Probleme nach Berentung wegen bleib.linksseitiger Parese

41279 Eheproblematik organisiert durch 'Rheuma'

34180 Vergewisserung einer bestehenden Beziehung als Ausdruck der bekannten Herzphobie

38284 Eheproblematik u. Entscheidungsunwilligkeit; falsche Erwartungen

35287 Arbeitsunfall mit neurotischer Verarbeitung

63290 Eigener u. fam.Konflikt bei ungewollter Schwangerschaft (Schülerin)

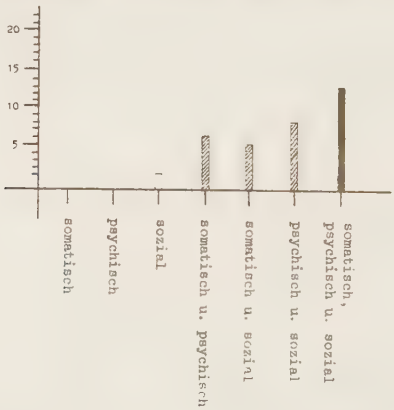
30291 Problem neuer Rollenfindung bei Schwangerschaft minderjähriger Adoptivtochter

Problembearbeitung: PATIENTEN-LISTE

Liste Nr. 4

unter Aufbietung einer nicht mehr begreifbaren Willensleistung in die Krankenkasse hat bringen lassen, das Recht vorbehalten, ihre eigene Entscheidung zu treffen, was im Umgang mit dieser Patientin sicherlich von entscheidender Wichtigkeit - jedoch nun ohne Erfolg war. - In der Schilderung der Arbeit mit diesen beiden Patientinnen (Fall-Nrn. 35222 und 41256) muß zusätzlich erwähnt werden, daß es für die beratende Ärztin außerordentlich schwer war, nur beratend begleiten und nicht handelnd eingreifen zu können.

Für die Problembearbeitung ist die Heraushebung wichtig, daß dem 'Angebot' des Patienten folgend auf mehrere Aspekte eingegangen wird. Das bedeutet, daß die Arbeit auf verschiedenen Ebenen geschieht. - Da es nicht nur körperliche oder seelische oder soziale Probleme in den hier vorliegenden Fällen gibt, sondern da die eigentliche Aufgabe die Bearbeitung der Gleichzeitigkeit der vorgebrachten Patientennöte ist, wurde eine entsprechende Einteilung versucht. In der



Bereiche d.Gleichzeitigkeit i.d.Problembearbeitung (PAT.-GRUPPE)

Schema Nr. 10

Aufschlüsselung ist dem Körpergeschehen die Bezeichnung 'somatisch' vorbehalten; mit der Benennung 'psychisch' ist hier sowohl seelisch Belastendes wie auch zugleich seelisches Kranksein gemeint; und der Begriff 'sozial' wird für die Situationen verwandt, die das Zusammenleben des Patienten

mit einer oder mehreren Personen betreffen. Ausgehend von der PATIENTEN-LISTE (Nr. 4) wird in dem Schema Nr. 10 dargestellt, auf welchen verschiedenen Ebenen sich die Problembearbeitung bewegt. Das Bild zeigt, daß auf einer Ebene allein nur in einem von 33 Fällen operiert wurde; in 19 Patientensituationen hatte die Problembearbeitung zwei Bereiche zum Inhalt; und bei 13 Patienten war eine Berücksichtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte - also dreier Bereiche - erforderlich. -

Daß diese Arbeitsweise nicht nur einem Bedürfnis des Patienten entsprechen sondern auch seine Abwehr auslösen kann, wurde in dieser Gruppe bei dem Fall-Nr. 41279 deutlich: eine Situation, in der der Ehemann der Patientin bei der beratenden Ärztin der AOK auf bestmögliche Klinikdiagnostik fordernd drängte, die Patientin selbst aber nur unwillig-folgsam zu einem Beratungsgespräch erschien. Nach einer ersten Unmutsäußerung über die entstandene Wartezeit wurde die dann vorgeschlagene Aufteilung des Gespräches in ein Einzel- und ein Ehepaargespräch von beiden Ehepartnern nur unter Protest angenommen. Das Einzelgespräch mit der Patientin zeigte die Zusammenhänge zwischen den geklagten Gelenkbeschwerden und der persönlichen Lebenssituation; dennoch wurde anschließend in einem gemeinsamen Gespräch eine psychosomatische Behandlung vom Ehemann strikt abgelehnt: "körperliche Beschwerden haben ihre Ursache in körperlichen Störungen, und diese körperlichen Störungen müssen in der geeigneten Werkstatt gefunden und behoben werden". Die Patientin, die sich in dieser Gedankenwelt ihres Ehemannes entgegen besserem Wissen gut arrangiert hatte, konnte diesem Prinzip im Sinne der Erhaltung eines Gleichgewichtes nur zustimmen. - Das bedeutet, daß zwar das beschriebene Vorgehen eines Annehmens und Ordnens in diesem Fall noch gelungen ist, die ärztliche Problembearbeitung mit der Patientin jedoch gescheitert ist, weil eine Zusammenschau der verschiedenen Bereiche nicht akzeptiert werden konnte.

4.2. Problembearbeitung bei der KASSEN-GRUPPE

Mit Ausnahme von zwei Patientensituationen, die vom Psychologen im Team zur Bearbeitung angetragen wurden, und die aus Gründen der Einfachheit in dieser Gruppe verblieben sind (entsprechend dem zuvor bereits benutzten Verfahren sind die Kennziffern der aus dem Team stammenden Fälle markiert), sind in der KASSEN-LISTE (Nr. 5) alle jene Problembearbeitungen zusammengefaßt, für die die Erstdefinition von einem Mitarbeiter der Krankenkasse ausging. -

	44212	Medikamentöse Versorgung u. erforderliche Sterbeerleichterung bei Heimattransport türkischer Patientin
	36219	Behandlungsprobleme bei schicksalhaftem Verlauf einer PCP
	38226	Anspruchshaltung von Pat. infolge unverarbeiteter Krankheitsproblematik
	10128	Behandlungsprobl.b.Bearbeitung einer gerechtfertigten Pat.kritik an Kasse
	02229	Widerstand u. Angst gegenüber Krankheit und Alter; Klinikbeschwerde
	29235	Probleme der Behandlung u. sozialen Eingliederung einer Zwangsneurose
	43138	Behandlungsprobleme bei bestehender Herzphobie; Arbeitsunfähigkeitsprobleme
	23144	Frage n.Facharzt f.Proktologie b.Vorstellung v.mechanischem Funktionsablauf
	20147	Angst vor Verstümmelung bei Amputation des 2. Beines; multiple Vorerkrankungen
	26148	Behandlungsprobl.b.funktionellen organ.Beschwerden m.Beziehungsstörungen
	37259	Klärung der Behandlungsmöglichk.b.Depression u.schwerer Psychoneurose sowie Familienproblematik
	37265	Bearbeitg.unterschiedl.Beurteilungen durch VäD u.FA m.finanzieller Einbuße f.Pat.
	47266	Fragl.Behandlungsbedürftigk.psychoneurotischer Verarbeitung v.Konflikten
	20168	Behandl.fragen b.Taubheit u.Asthma bronchiale mit ausgeprägter Partnerstörung
	24271	Krankheitsorientierter Umgang bei Pat. mit Morbus Bleuler
	33273	Behandlungsprobl.b.manisch depressivem Zustandsbild m.ausgeprägtem Todeswunsch
	xx174	Patientenkritik aufgrund Unkenntnis unterschiedl.Operationstechniken (ambulant u. stationär)
	15276	Behandlungsrisiko bei Therapievorstellungen von Pat.mit Asthma bronchiale
	37277	Somatische Störungen als Folge psychosozialer Überforderung in der kassenärztlichen Behandlung
	27282	Wahrscheinlich berechtigte Behandlungskritik sowie schwerer Angstzustand bei Ca.-Erkrankung
	44285	Neurose mit Selbsttötungsabs.b.Eheprobl., ungekannte nat.u.rel.Bindungen
-	00215	Verdacht auf Versicherungsbetrug
-	32227	Einleitg.fachärztl.u.stat.Behandlung bei Psychose, Aufklärung des Ehemannes
-	59145	Einleitg.erforderlicher Reha-Behandlung bei Querschnittslähmung
-	32257	Resozialisation bei organischem u. psychotischem Krankheitsgeschehen
+	35220	Überlagerung von organischem Krankheitsgeschehen u. Selbstwertproblematik
+	35288	Ambulante Behandlg.einer Depression mit Partnerüberforderung u. eigener Behandlungsbedürftigkeit
o	28121	Soz.Integration leistungsorientierter Persönlichkeit mit schwerer Depression
o	36224	Psychosomatischer Krankheitsablauf mit Asthma bronchiale
o	37232	Unverarbeitete Erlebnisinhalte u.Rückenbeschwerden; Frage der Lebensgestaltung
o	10255	Frage der Notwendigkeit u.Benutzungsmöglichkeit eines Fahrstuhles; Familienproblematik
o	14283	Organisierte nicht mehr behandlungsfähige Neurose mit Tablettenabusus

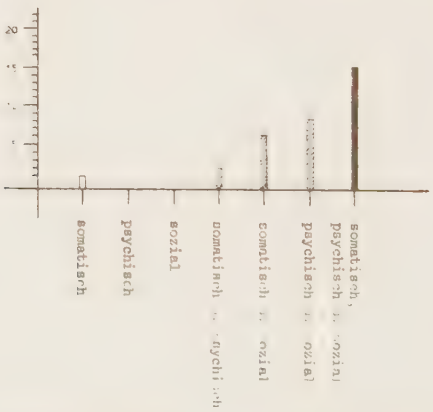
Problembearbeitung: (KASSEN-LISTE)
Liste Nr. 5

Die Bearbeitung der Probleme dieser KASSEN-GRUPPE ließ die Versuchung erkennen, eine bereits hörbar gewordene Beurteilung des Falles durch einen medizinischen Laien in die Arbeit mit einfließen zu lassen. Diese Schwierigkeit wird besonders signifikant bei einer Patientensituation (Fall-Nr. 37277), die gleicherweise auch die menschliche Hilfsbereitschaft eines Kassenmitarbeiters gut illustriert. Der zuständige Mitarbeiter der Krankenkasse wollte in diesem einen, ihm besonders schwer erscheinenden Krankheitsfall dadurch helfen, daß eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse mittels eines entsprechenden Vermerkes der beratenden Ärztin möglich gemacht würde. Erst die gemeinsame Arbeit mit der Patientin - insbesondere die biographische Anamnese in Verbindung mit der Krankheitsanamnese - bestätigte die Richtigkeit der vorab durch den Krankenkassenmitarbeiter gegebenen Beurteilung. - Diese Beobachtung deutet ein echtes Problem an; einerseits haben die Mitarbeiter der Krankenkasse ein gerüttelt Maß an beruflicher Erfahrung und sicherer Beobachtungsgabe, gleichzeitig aber sind sie als medizinische Laien nicht zuständig, ärztliche Fragen schlüssig zu beurteilen, obwohl sie intuitiv eine Patientensituation ganz richtig erfaßt haben mögen. Zur Problembearbeitung gehört daher neben der Arbeit mit dem Patienten auch das Gespräch mit dem Kassenmitarbeiter, damit er hernach nicht nur eine Information über Zustimmung oder Ablehnung bezüglich einer Kostenübernahme erhält, sondern auch eine Antwort auf seine zuvor mehr oder minder deutlich abgegebene eigene Beurteilung.

Bei der Problembearbeitung aller 32 in der KASSEN-LISTE (Nr. 5) zusammengefaßten Fälle ist zum Unterschied zu der zuvor vorgestellten Gruppe kein Patient mit ausschließlich menschlichen Problemen aufgefallen. In allen Fällen lag Krankheit im Sinne von körperlichen Störungen vor. Doch trotz relativ klar anmutender Problemdefinitionen in Gestalt von Sachfragen erstreckte sich die erforderliche Arbeit an der Patientensituation auf mehrere Bereiche. - Dabei muß hinsichtlich der Verwendung des Begriffes 'sozial' für diese KASSEN-GRUPPE ergänzt werden, daß damit nicht nur das direkte

Zusammenleben des Patienten mit einer oder mehreren Personen gemeint ist, sondern es sind zusätzlich auch andere soziale Bereiche angesprochen. - Für den Patienten mit der Fall-Nr. 43138 spielten beispielsweise bei der Problembearbeitung die Auswirkungen langer Arbeitsunfähigkeitszeiten am Arbeitsplatz eine Rolle, während die Krankheitssituation der Patientin mit der Fall-Nr. 44212 ein zusätzliches Eingehen auf Familie, Arbeitsplatz des Mannes und Schulsituation der Kinder erforderte. -

Nach dem Schema Nr. 11 ist für diese 32 Patienten nur in einer Situation eine Problembearbeitung allein auf einer Ebene möglich gewesen; in diesem Fall handelte es sich ausschließlich um die Bearbeitung eines Verdachtes auf einen möglichen Behandlungsfehler (Fall-Nr. xx174). In weiteren 16 Fällen erfolgte die Problembearbeitung jeweils zugleich in zwei Bereichen. Und bei 15 Patienten war es notwendig, auf somatische, psychische und soziale Aspekte zugleich einzugehen.



Bereiche i.Gleichzeitigkeit i.d.Problembearbeitung (KASSEN-GRUPPE)

Schema Nr. 11

Daß eine solche Problembearbeitung völlig fehlschlagen kann, weil sie vom Patienten überhaupt nicht gewünscht wird, läßt sich innerhalb dieser Gruppe am besten an dem Patienten mit der Fall-Nr. 23144 illustrieren. - Von einem langjährigen

Mitarbeiter der Krankenkasse wurde dieser ehemalige Kriegsteilnehmer stets hilfswillig beraten und versorgt, bis eines Tages die Frage nach einem Facharzt auftauchte, die der Kassenmitarbeiter selbst nicht mehr beantworten konnte, und daher Auskunft von der beratenden Ärztin erbat. Auf Gebärden und Gestimmtheiten des Patienten nun in einem Beratungsgespräch eingehen wollend, und mit Fragen nach augenblicklichen Störungen beginnend, um ein anamnestisches Gespräch in Gang zu bringen, mußte sehr bald festgestellt werden, daß der Patient dieses überhaupt nicht wollte. Eine Frage - eine Antwort! und dieses während der Ferienabwesenheit seines Hausarztes! Nicht etwa ein gesprächsweises Differenzieren verschiedener Möglichkeiten! Obwohl von der beratenden Ärztin durchaus mehr als nur eine proktologische Frage vermutet werden konnte, war eine gemeinsame Arbeit mit diesem Patienten nicht möglich, weil kein Zugang gefunden wurde zu dem, was der Patient eigentlich tatsächlich wollte - (möglicherweise hat er z.B. gar nicht für sich selbst sondern für einen anderen gefragt?), oder weil der Patient diesen, der beratenden Ärztin zwar möglich erscheinenden Zugang verwehrte. - Es wird sicher viele vom Patienten wie auch von der beratenden Ärztin abhängende Variablen geben, die eine mögliche Erklärung darstellen können für das Gelingen oder das Scheitern einer Problembearbeitung. Daher soll mit diesem Beispiel darauf hingewiesen werden, daß zwar die verschiedenen Bereiche in der Bearbeitung angesprochen werden können; ob dieses Vorgehen Zustimmung oder Ablehnung auslöst, bleibt jedoch offen.

4.3. Problembearbeitung bei der ARZT-GRUPPE

Eine deutliche Zunahme der beschriebenen Mehrschichtigkeit ist bei den Patienten zu beobachten, die auf Anraten des Arztes gekommen sind. Wie in den Gruppen zuvor beginnt die Problembearbeitung auch hier mit dem Anhören des Problemvortrages. Ein Unterschied wird nur darin gesehen, daß in dieser ARZT-GRUPPE die emotionalen Anteile des Definierenden das Problem des Patienten so stark überlagern, daß mit annehmendem Zuhören bereits ein wichtiger Teil der nun be-

ginnenden Arbeit am Patientenproblem geleistet wird. - Es wird sicher kein Kuriosum sein, daß fast alle diese Fälle gegen 12.30 Uhr - also gegen Ende der Praxissprechstunde in einer Phase der Erschöpfung des niedergelassenen Kollegen avisiert wurden. Und fast alle Fälle erforderten vollkommen unabhängig vom vorgetragenen Problem ein Eingehen auf die emotionale Gestimmtheit des Arztes während seines Problemvortrages! Eigentlich ist es nur der Fall-Nr. 30189, bei dem dies nicht erforderlich war. - Die Protokolle zeigen Gestimmtheiten von Zorn, Verärgerung und Gereiztheit - z.B. wegen eines fordernden Patienten oder wegen der AOK - bis hin zum drängenden Behandlungsengagement und zur Besorgnis über fragliches Andauern bisher erreichter therapeutischer Fortschritte, wenn die Möglichkeiten eigenen therapeutischen Handelns ausgeschöpft waren. Bei manchen dieser Fälle wird unklar bleiben müssen, ob die eigentliche Problembearbeitung nicht überhaupt in dem Eingehen auf die Stimmung des Arztes gelegen hat (Fall-Nr. 10113) oder möglicherweise auch in der Tatsache, daß der Arzt die Gelegenheit, sich bei der beratenden Kollegin in der AOK völlig ungeniert äußern zu können, genutzt hat (Fall-Nr. 27286); denn denkbar ist immerhin, daß sich auf diese Weise die Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten verändert haben könnte. Auch könnte dieser Aspekt von Einfluß sein darauf, **w i e** der Arzt seinem Patienten schließlich empfiehlt, sich an die beratende Ärztin der Krankenkasse zu wenden. Denn ebenso wie es seitens der Mitarbeiter der Krankenkasse nicht unwichtig ist, auf welche Weise einem Patienten der Vorschlag gemacht wird, sich mit der beratenden Ärztin in Verbindung zu setzen, so ist es hinsichtlich der Bereitschaft des Patienten für die nachfolgende gemeinsame Arbeit von nicht zu unterschätzender Bedeutung, **w i e** der Arzt die Möglichkeit zu einem Beratungsgespräch ankündigt.

Die in dieser Gruppe bearbeiteten Probleme der 17 Patienten (15 Fälle von niedergelassenen Ärzten, 2 Fälle von Krankenhausärzten mit markierten Fallnummern) wurden in der ARZT-LISTE (Nr. 6) zusammengetragen. In der Problembearbeitung wurde wiederum versucht, unabhängig vom Vortrag und unab-

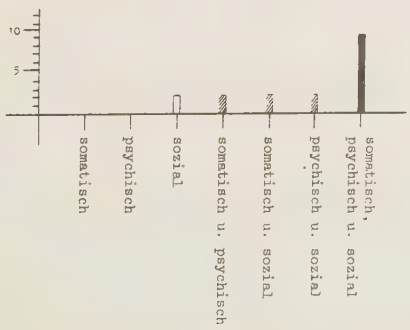
hängig von den gefühlsmäßigen Beteiligungen, das vorherrschende Patientenproblem herauszuarbeiten. Wenn man von der einen Situation absieht, in der ein niedergelassener Arzt seinen Wunsch nach mehr Kontakt zur Kasse formuliert hat, so stellt

xx111	Umgang des Arztes mit therapieunwilligem u. forderndem Patienten (Kurablenkung)
10113	Schuldproblematik b.d.Ehefrau u.Amputationsangst bei Pat.
54118	Einleitung der Behandlung bei Heroinsucht und Charakterneurose
38125	Psychophysische Erschöpfung b.sozialer Isolation u.unklarem med.Befund
22237	Herzphobie u. Beziehungsstörungen als Kostenproblem
43138	Behandlungsproblem einer Herzphobie
29239	Kurbehandlung bei psychoreaktivem Versagenszustand mit Herzneurose
48140	Versagensangst und Selbstwertproblematik
17243	Überforderung und Erschöpfung bei Pflege des gelähmten Ehemannes
11251	Überforderungssymptomatik durch Pflege von zwei behinderten Familienangehörigen
xx253	Bildungs- und Förderungsmöglichkeiten bei 15-jähriger Analphabetin
15254	Soziale Probleme bei manisch depressivem Zustandsbild sowie Mutter-Sohn-Konflikt
12161	Kritik an unwirtschaftlicher und dem Patienten (FM) nicht zumutbarer Krankenhausdiagnostik
23172	Soziale Unzumutbarkeit des Rentengeschehens bei schwerer organischer Behinderung
xx181	Wunsch nach direktem Kontakt zur Kasse sowie nach Anerkennung
27286	Problematik möglichen unsozialen Verhaltens von Pat. bei Pflegebedürftigkeit der Mutter
30189	Behandlungsweiterführung wegen Krankheit u.Neurose mit Auswirkung auf Fam.u.fam.eig.Betrieb

Problembearbeitung: (ARZT-LISTE)

Liste Nr. 6

sich heraus, daß bei acht Patienten dieser Gruppe in Verbindung mit einer bestehenden Krankheit - oder auch als Folge davon, wie bei dem Patienten mit der Fall-Nr. 23172 - soziale Probleme bearbeitet wurden. In den anderen Situationen



Bereiche d.Gleichzeitigkeit i.d.Problembearbeitung (ARZT-GRUPPE)

Schema Nr. 12

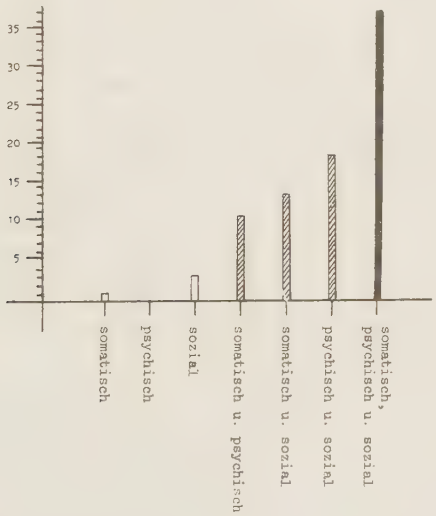
stand die Bearbeitung von seelischen und/oder sozialen Folgen infolge Krankheit an. Dem zuvor angewandten Prinzip folgend wurde auch in dieser Gruppe versucht, die verschiedenen Ebenen einer gleichzeitigen Bearbeitung des Patientenproblems darzustellen. Das Ergebnis in dem Schema Nr. 12 zeigt, daß in 9 von 17 Fällen somatische, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt werden mußten, während bei je zwei Fällen immer zwei Bereiche von gleichrangiger Bedeutung in der Problembearbeitung waren. Nur in zwei von diesen 17 Fällen wurde lediglich ein Bereich angesprochen.

4.4. Resümee

In der Bearbeitung eines Problems steht das patientenorientierte Gespräch im Mittelpunkt. Hinzugefügt werden muß jedoch, daß dieses Gespräch nicht nur mit dem Patienten allein geführt wird, sondern daß es mit jeweils erforderlicher oder auch erbetener Teilnahme von Angehörigen oder Freunden stattfinden kann. Des weiteren werden die Mitarbeiter der Krankenkasse wie auch die behandelnden Ärzte über deren Erstdefinition des Problems hinausgehend in das Gespräch einbezogen. Der Patient ist über diese Art des Vorgehens mit einer Einbeziehung aller am Problem beteiligten Personen nicht nur informiert, sondern es wird Wert darauf gelegt, daß er mit diesem an seinem Problem orientierten Gedanken- und Erfahrungsaustausch einverstanden ist. In der Gesprächssituation wird hervorgehoben, daß es sich hierbei um eine wichtige Entscheidung des Patienten handelt, wenn er solchem Vorgehen zustimmt oder auch nicht, da von dieser Entscheidung u.a. auch die Schweigepflicht der beratenden Ärztin berührt wird. -

Die Auszählung der Protokolle nach diesem Gesichtspunkt hat ergeben, daß - unabhängig vom ersten Problemvortrag durch Angehörige oder Freunde und unabhängig auch von etwa erforderlichen Hilfeleistungen durch Angehörige und Freunde wegen bestehender körperlicher Behinderungen beim Patienten - in 28 von 81 Problemsituationen (35 %) die Beteiligung von Angehörigen (Ehepartnern) bei der Problembearbeitung stattfand - eine Tatsache, die sich nicht nur als notwendig erwiesen hat,

sondern die oft genug auch dem Wunsch des Patienten entsprach. Daß dabei die Gespräche nicht ausschließlich gemeinsam mit den Angehörigen sondern wechselnd als Einzelgespräche und gemeinsame Gespräche geführt werden, wurde bereits anläßlich einer Fallschilderung erwähnt. In diesem Zusammenhang sei außerdem erwähnt, daß in 6 von 81 Fällen (7 %) die Gespräche wegen der schweren Behinderungen nur in der Wohnung des Patienten stattfinden konnten, was zugleich mit einer Gesprächsbeteiligung von Angehörigen bzw. Freunden als den pflegenden Personen verbunden war. Mit dieser Arbeitsweise wird zusätzlich erreicht, besseren Einblick in die Komplexität eines Patientenproblems zu bekommen. -



Bereiche d.Gleichzeitigkeit in der Problembearbeitung

Schema Nr. 13

Auf die Gesamtzahl der hier vorgelegten Fälle bezogen zeigt das Schema Nr. 13, daß in 37 von 81 Patientensituationen (46 %) die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte eines Problems bearbeitet wurden, während es in 41 Fällen (51 %) jeweils zwei Bereiche waren, die angesprochen werden mußten.
Dabei sei abschließend nochmals herausgestellt, daß in der

Beratungssituation das Bemühen allein dem geklagten Problem gilt - und nicht etwa den von der beratenden Ärztin beobachteten, für bearbeitenswert oder bearbeitungsmöglich gehaltenen Patientengegebenheiten. Daß bei pathologieorientiertem Vorgehen manche Abweichungen beobachtet werden, die nicht angesprochen werden müssen, wenn dem Anliegen des Patienten gefolgt wird, sei nur am Rande vermerkt. Maßgebend für die gemeinsame Arbeit ist das den Patienten belastende Problem; inwieweit nun als Facit einer so orientierten Beziehungsarbeit auch Lösungskonzepte und Lösungen möglich werden, soll in einem weiteren Schritt untersucht werden.

5. Problemlösungen

Nachdem mit den voraufgegangenen Abschnitten die Prozeßhaftigkeit der Problembearbeitung sowie die Möglichkeit einer sich dabei entwickelnden Beziehung zwischen Arzt und Patient sichtbar wurde, soll im folgenden Schritt untersucht werden, ob Lösungen der aufgezeigten Probleme und ihrer Überlagerungen möglich sind, und wie sie aussehen. Damit bei dieser Schilderung der unmittelbare Bezug zum betroffenen Patienten erhalten bleibt, soll einleitend aus der Arbeit mit einer Patientin berichtet werden. -

Die Patientin mit der Fall-Nr. 40264 (AOK-fam.vers., Hausfrau) erschien mit der Frage: "Soll ich mich wegen meiner Augen im Gehirn operieren lassen?" - In dem anamnestischen Gespräch stellte sich heraus, daß bei der Patientin seit dem 16. Lebensjahr ein zunehmendes Nachlassen der Sehfähigkeit zu beobachten war. Erst habe alles auf einem Auge begonnen, auf dem sie jetzt fast ganz blind sei; und nun sei auch auf dem 2. Auge eine erhebliche Seheinschränkung eingetreten. In den Jahren zuvor seien regelmäßig fachärztliche und auch klinische Kontrolluntersuchungen gemacht worden. Jetzt sei sie wieder in der Klinik gewesen und nach den neuesten Methoden untersucht worden; die Ergebnisse seien ihr auch mitgeteilt worden, aber sie habe sie nicht verstanden. Lediglich, daß alle Fachärzte (Ophthalmologen, Neurologen und Neurochirurgen) eine Operation möglicherweise für erforderlich hielten, habe sie verstanden - aber eine richtige Entscheidung sei nicht gefällt worden. Weder Operationsnotwendigkeit noch Operationsziel seien ihr klar geworden. In drei Monaten solle sie wiederkommen, dann wolle man weiter untersuchen und entscheiden. Sie selbst fühle sich außerstande, eine eigene Entscheidung zu treffen, weil sie die Informationen nicht verstanden habe. - Außerdem sei eine

erneute klinische Untersuchung in drei Monaten geradezu unnötig, da ihr Mann einen Umzug plane. - Ihr Mann habe schon immer gerne von hier wegziehen wollen; nun habe er eine neue Stelle und sehr schöne ausbaufähige Wohnmöglichkeiten angeboten bekommen. Aber sie wisse überhaupt nicht, was sie davon halten solle: "Kann ich dann zu den Untersuchungen und Behandlungen weiter hierher kommen - oder muß ich in eine andere Klinik?" - Hinzu kommt, daß durch den Wohnortwechsel die ganze Familie aufgelöst wird. Die Kinder aus der ersten Ehe des Mannes seien herangewachsen, gingen ihre eigenen Wege; sie habe sich immer bemüht, eine gute Mutter für diese Kinder zu sein, obwohl sie keine eigenen Kinder habe; aber in der letzten Zeit habe es dauernd Streit wegen der Unordnung der einen Tochter gegeben. Mit der Schwiegermutter, die jetzt eine Etage höher wohne, habe sie auch Schwierigkeiten - aber die wolle ja hier bleiben. Ihr Mann freue sich über diese gute Chance, unter so günstigen Bedingungen endlich mal mit ihr allein leben zu können. Sie sei aber noch nie von hier fort gewesen, kenne hier alles, sei hier groß geworden. -

Wegen der immer deutlicher werdenden Verflechtungen der medizinischen Belange mit den persönlichen Ängsten und Unsicherheiten von Pat. wird der Vorschlag zu einem weiteren Gespräch gemacht, zu dem die bisher erhobenen medizinischen Befunde mitgebracht werden sollen. In diesem zweiten Gespräch wird die Patientin gefragt, wie sie sich denn in ihrem Leben mit der Sehbehinderung arrangiert habe, weil der Eindruck entstanden war, daß sie forsch agierend und stets engagiert, anderen zu helfen, über eine drohende Blindheit hinweggeht. Unter dem Eindruck: "sie will nicht sehen, daß sie nicht sehen kann", wurde die Patientin im Zusammenhang mit den derzeit bestehenden familiären Problemen auf ihre Vorstellungen und Erinnerungen hin angesprochen. Die Patientin berichtet freimütig von ihrer Kindheit und von ihrem Elternhaus, und im Erzählen wird ihr deutlich, daß fast alle Erinnerungen irgendwie mit dem Sehen zusammenhängen:

> sie hat mal beim Vater was gesehen, was sie nicht sehen sollte; sie wollte den Vater nicht mehr sehen - und dann ist er bald verstorben; sie hat als Kind etwas gemacht, was keiner sehen durfte; sie hat sich als Kind oft vorgestellt, wie es eigentlich ist, blind zu sein; sie ist als junges Mädchen - so etwa mit 16 Jahren - mit offenen Augen gegen einen Stacheldraht gelaufen und hat sich eben oberhalb der Augen verletzt.

Diese Beispiele brachen elementar aus der Patientin hervor und lösten gleichzeitig bei der beratenden Ärztin eine Beklemmung aus. In dieser Situation einer staunenden Erleichterung bei der Patientin und einer Betroffenheit bei der beratenden Ärztin wurde behutsam die eingangs gestellte Frage der Patientin wieder aufgegriffen. Anhand der Befundunterlagen, die eine Opticusatrophie bestätigten, wurde hinsichtlich des Informationsbedürfnisses der Patientin ein Konzept entwickelt, nach welchem sie noch vor dem geplanten Umzug bei der nächsten klinischen Untersuchung selbständig, ohne Hilfe der beratenden Ärztin, die für ihre Entscheidungen erforderlichen Informationen einholen wollte. -

Unter dem Eindruck von Betroffenheit und Ohnmacht als Folge fehlender eigener fachärztlicher Kompetenz auf ophthalmologischem, neurologischem und psychotherapeutischem Fachgebiet wurde die Situation dieser Patientin mit mehreren erfahrenen Fachärzten durchgesprochen, um die eventuell erforderlichen Möglichkeiten einer weiteren Diagnostik und Therapie erkennen zu können. -
Der weitere Verlauf zeigt, daß sich die Patientin anläßlich des nächsten Aufenthaltes in der hiesigen Universitätsklinik die anberaumten Untersuchungen wie auch deren Ergebnisse ausführlich hat erklären lassen. Zum anderen fühlte sie sich in der Lage, den Mitpatientinnen im Zimmer guten Mut machen zu können, wenn diese versuchten, ihre Ängste und Unsicherheiten auszudrücken und um Erklärungen zu bitten.
Pat. teilt zu diesem Zeitpunkt - übrigens ausschließlich telefonisch - mit, daß man ihr schließlich alle Befunde in ihrer Bedeutung erklärt habe. Es sei die Übereinkunft getroffen worden, daß sie alle drei Monate zu den Folgeuntersuchungen und zur eventuell erforderlichen Operation ebenfalls nach hier kommen solle. - Die familiären Regelungen teilt Pat. ebenfalls telefonisch mit. Nach dem Wohnortwechsel erfolgen mehrere Anrufe, die Zufriedenheit über die vorgefundenen Möglichkeiten widerspiegeln. Anläßlich eines Aufenthaltes hier folgt ein spontaner Besuch, mit dem sich die Patientin über die Hilfe durch die beratenden Gespräche bedankt: sie sei froh, ein ganz neues Gefühl für sich, ihre Krankheit und ihre Familie entwickelt zu haben. Froh über alles, was sie noch sehen könne, habe sie jetzt angefangen zu handarbeiten und zu töpfern. Die Kontrolluntersuchungen lasse sie jetzt in der neuen Universitätsklinik machen, die auch Kontakt zu der hiesigen Universität aufgenommen hätte. Derzeit letzte Nachricht laute, daß man die risikoreiche Operation noch nicht machen wolle. Soweit der Fallbericht. -

Diese Schilderung zeigt, daß alle Problemlösungen von der Patientin ausgingen! Nachdem sie die verschiedenen Bereiche des sie beschäftigenden Problems ausgesprochen hatte, nachdem sie selbst bemerkt hatte, was die gestörte Sehkraft für sie - unabhängig vom organischen Geschehen - bedeutet, hat die Patientin eigene Konzepte entwickelt, medizinische Auskünfte eingeholt wie auch familiäre Probleme ausgesprochen und seelische Vorgänge in Gestalt von Erinnerungen zugelassen. Nicht also die beratende Ärztin hat Lösungskonzepte entwickelt, Lösungen angeboten oder überhaupt irgendein Lösungskonstrukt gewußt, sondern nach dem Aussprechen der Probleme hat die Patientin selbst Initiativen entwickelt, um ihre Probleme selbst zu lösen. Und in diesem Verlauf ist es ganz nebenbei, von der Patientin gar nicht mehr angestrebt neben neuen Lebensinhalten auch noch zu einer sie erfreuenden Gewichtsreduktion gekommen! Der

innerfamiliäre Kontakt, die verbesserten Beziehungen zu den Kindern aus der ersten Ehe ihres Mannes, der Sommerurlaub mit Bergwanderungen und Klettertouren seien so befreiende und beglückende Erlebnisse - dies die letzten Nachrichten von der Patientin.

Wenn in der Schilderung der Patientensituation bereits von einer Problemlösung gesprochen wurde, so muß zunächst definiert werden, wie in dieser Arbeit eine Problemlösung verstanden wird. Die eine zitierte Patientin kam mit einer ihren Körper betreffenden Frage: "Soll ich mich operieren lassen?" - und die gemeinsame Gesprächsarbeit zeigte, daß diese eine Frage auslösend war für die Problematik der derzeitigen Lebenssituation der Patientin. Das Zusammentreffen von drohender Blindheit und einer eventuell erforderlichen risikoreichen Operation mit denjenigen Belangen, die zu Persönlichkeit, Ehe, Familie, Wohnort und gewohntem Lebenskreis der Patientin gehören, war mit der einen, von der Patientin gestellten Frage in der Beratungssituation zur Sprache gekommen - und damit zum Bewußtsein. Mit dem Erkennen ihrer Lebenssituation wurde die Patientin schrittweise handlungs- und entscheidungsfähig; in einer von ihr bestimmten Reihenfolge hat sie nach ihren Wertungen eigene Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse angenommen und ausgesprochen. In der Klinik, in der Familie hat sie sich ausgedrückt, ihre Ängste und Unsicherheiten formuliert und damit ihre Lebenssituation beeinflußt und verändert. Diese von ihr selbst ausgehenden Veränderungen hat die Patientin als lösend empfunden:

> "Ich fühle mich so gelöst und frei, und ich kann arbeiten und leben; meine Sehbehinderung ist eine Sache, die ich nicht beeinflussen kann, mit der ich leben muß - aber auch leben kann, auch wenn ich immer noch nicht weiß, ob ich nun mal operiert werden muß oder nicht; aber diese Frage interessiert mich eigentlich gar nicht mehr." -

Wenn hier nun versucht werden muß, den benutzten Begriff einer Problemlösung festzulegen, so kann definiert werden, daß nicht nur objektiv meßbare Veränderungen der bestehenden körperlichen, seelischen oder sozialen Beeinträchtigungen die entscheidenden Parameter darstellen; subjektiv erlebte Verän-

derungen der persönlichen Lebenssituation, vom Patienten empfundene Gefühle von Lebensfähigkeit und Arbeitsfreude setzen anhand der protokollierten Rückmeldungen einen wichtigen Maßstab für die Verwendung des Begriffs einer Problemlösung. Es handelt sich also nicht ausschließlich um eine nach Anwendung ärztlicher, sozialmedizinischer oder auch versicherungsrechtlicher Regeln getroffene Feststellung bzw. auch Beurteilung eines Außenstehenden - beispielsweise der beratenden Ärztin - sondern um eine vom betroffenen Patienten (oder auch seinen Angehörigen!) abgegebene Rückmeldung. Mit anderen Worten: der Patient hat den Begriff der Problemlösung weitgehend selbst definiert. Dieses Prinzip gilt auch für die im Folgenden benutzten Wertungen bei befriedigenden oder nicht befriedigenden, bei zufriedenstellenden oder nicht zufriedenstellenden Problemlösungen; auch hierbei handelt es sich um Äußerungen des betroffenen Patienten und seines Umfeldes. - Mit diesem Feedback des Probanden korreliert die Möglichkeit einer Verlaufsbeobachtung, die ein weiteres Maß für die Verwendung des Begriffs einer Problemlösung darstellt. Bei der hier vorgestellten speziellen Form einer sozialmedizinischen Beratung handelt es sich um ein Intervenieren in einer Situation aktueller Beratungsbedürftigkeit. Eine Auflösung dieser Beratungsbedürftigkeit des Probanden wird ärztlicherseits einer Problemlösung gleichgesetzt, wenn im Vergleich zu dem zuvor bestehenden Status nach der Beratung ein realistisch erreichbarer, besserer Zustand beobachtet wird. - Allerdings da, wo das Problem persistiert, wo weder vom Patienten ausgehende Bemühungen noch ärztliches Handeln oder auch Konzepte zur Veränderung der sozialen Situation bzw. des sozialen Verhaltens etwas bewirkt haben, wird von ungelösten Problemen gesprochen; auch diese Feststellung beruht nicht allein auf Verlaufsäußerungen des Patienten sondern ebenso auf den gemachten Verlaufsbeobachtungen.

Die Feststellung, daß der Betroffene den Begriff einer Problemlösung weitgehend selbst definiert, schließt allerdings nicht ein, daß die Lösung anstehender Probleme auch vom Patienten allein erreicht werden kann - oder erreicht worden

ist. Die Möglichkeit eines problemorientierten Gespräches verschafft dem Patienten zwar einen Überblick über notwendige Veränderungen - doch ist damit nicht verbunden, daß der Patient diese Veränderungen allein bewirken kann. Die in dieser Untersuchung vorgestellten Problemsituationen sollen daher im Folgenden hinsichtlich ihrer Lösungen gruppiert werden. Es werden zunächst die Fälle beschrieben, bei denen die Initiative zur Problemlösung vom Probanden ausging. Dann folgt eine Gruppe, bei welcher ein ärztliches Mitwirken im Sinne einer Erweiterung oder Veränderung von Diagnostik und Therapie bei der Problemlösung erforderlich erschien. In einer dritten Gruppe werden die Lösungsversuche vorgestellt, für die vorwiegend auf sozialem Sektor Hilfen initiiert wurden. Abschließend wird von denjenigen Patienten berichtet, die in der Zwischenzeit verstorben sind.

5.1. Durch eigene Hilfe angestrebte Problemlösungen

Diejenigen Problemlösungen, die anschließend an ein oder auch mehrere beratende Gespräche mit eventuell erforderlich gewesenen und später noch zu erwähnenden Kontakten vom Patienten selbst initiiert wurden, sind in der Liste der EIGEN-HILFE (Nr. 7) zusammengestellt. Es handelt sich bei diesen Lösungen um Veränderungen, die der Patient parallel zur laufenden ärztlichen Behandlung oder sozialen Betreuung selbst bewirkt hat. Die Vermutung, daß der Patient, auch ohne ärztliche Beratung in Anspruch genommen zu haben, zu einer Lösung gefunden haben würde, wird entkräftet durch die in den Protokollen festgehaltenen Kommentare und Verlaufsbeobachtungen. - Es handelt sich in dieser Gruppe (Liste Nr. 7) um 35 Personen. Von diesen sind 19 Fälle in der PATIENTEN-LISTE (Nr. 3 und Nr. 4) aufgeführt, in der festgehalten worden war, daß bei 33 Patienten die Initiative, die beratende Ärztin der Krankenkasse aufzusuchen, vom Patienten bzw. von seinem Umfeld - also von Laien - ausging. Bei 10 Patientensituationen mit eigenem Lösungsbemühen wurde zurückverfolgt, daß aufgrund eines Hinweises von Krankenkassenmitarbeitern die ärztliche Beratung in Anspruch genommen wurde; sie sind aufgeführt bei den 32 Fällen der KASSEN-GRUPPE (Liste Nr. 2 und Nr. 5).

Und aus der ARZT-GRUPPE (Liste Nr. 1 und Nr. 6) mit zusammen 17 Patientensituationen sind in dieser Aufstellung der Problemlösungen insgesamt 6 Fälle vertreten.

10113	Klinische Behandlung (Beinamputation) angenommen
59116	Nach Beratungsgespräch psychotherapeutische Behandlung selbst angestrebt
35220	Arztwechsel, Klinikdiagnostik und psychologische Betreuung selbst formuliert
38226	Nach Beratungsgespräch Krankheitsfolgen und persönliche Situation akzeptiert
10128	Selbständige Forderung nach krankheitsadäquater Behandlung
37232	Nach Beratungsgespr. innerfam. Lösungen angestrebt (Ehemann)
24233	Krankheitsbedingte eigene Lebenssituation akzeptiert, Hilfe gegenüber anderen
34134	Nach verstehendem und erklärendem Gespräch Behandlungsinitiative entwickelt
63236	Altersgemäße Initiativen zur Freizeitgestaltung entwickelt
48140	Zögerndes Akzeptieren der eigenen Lebenssituation
29241	Mut zur Entscheidung für risikoreiche Herzoperation
31242	Nach Gespräch u. weiterem Suchen schließl. Eigeninitiative
23144	Bei Pat.kein Eingehen auf Probleme
62250	Eigene Initiativen, geht auf andere zu
11251	Mut zur Formulierung eigener Überforderungen
34152	Versucht selbständige Entscheidungen zu treffen
12161	Selbst erlebte ärztliche Probleme an Ärzte delegiert
34162	Nach Gespräch Mut zum Leben und Arbeiten mit der Krankheit
58263	Loslösung von der Mutter; Entwicklung eigener Lebensvorstellungen
40264	Mut zum selbstbewußten Fragen und Fordern
47266	Zögerndes Annehmen bestehender Hilfsangebote
12267	Mut zur eig.Angst u. zur erforderl.Klinikdiagnostik
16170	Aufgrund früherer Erfahrung Mut zur Äußerung von Kritik
23172	Vorbringen soz. Forderungen bei entsprechenden Instanzen
33273	Akzeptieren der Lebenssituation, Annehmen v. Hilfsangeboten
xx174	Nach Gespräch weitere Initiativen für unnötig angesehen
37277	Deutl. Bejahen der eigenen Lebens- u. Krankheitssituation
26178	Zaghafte Versuche einer Neuorientierung nach Berentung
34180	Zaghaftes noch absicherungsbedürftiges Bejahen der eigenen Situation
xx181	Selbstwertgefühl durch berufliche Anerkennung
38284	Entwicklung unbekannt
35287	Zögernder Versuch eigener Lebens- u. Arbeitsgestaltung
35288	Initiativen mit deutlichen Störungen im fam. Gleichgewicht
63290	Entwicklung eigener Entschluß- u. Bestimmungsfähigkeit
30291	Neue Rollen- u. Aufgabenfindung

Vom Patienten angestrebte Problemlösungen
EIGENHILFE (Liste Nr. 7)

Bei diesen 35 Personen liegt in 33 Fällen (41 % der Gesamtfallzahl) eine vom Patienten verwirklichte Problemlösung

vor. - Das Besondere an dieser Beobachtung dürfte wohl nicht nur die ausnehmend hohe Fallzahl sein, sondern viel mehr noch das den Patienten nach entsprechenden Rückmeldungen offensichtlich befriedigende Resultat seiner eigenen, von ihm bewirkten Veränderungen! Weiterhin ist auffällig, daß eine genaue Auswertung der Protokolle häufig das Ergebnis zeitigt, daß der Patient nach dem Beratungsgespräch den Mut entwickelt hat, sich in seinem Umfeld - sei es Familie, sei es Arbeitsplatz, sei es behandelnder Arzt - zu formulieren. - Daß solche Prozesse in manchen Situationen nur zaghaft-zögernd beginnen, konnte bei den Patienten mit den Fall-Nrn. 48140;31242;47266;26178;34180 und 35287 beobachtet werden. - Ebenso sind empfindliche Störungen innerhalb des Umfeldes vom Patienten als Folge der Veränderungen möglich; das zeigt besonders der Verlauf bei der Patientin mit der Fall-Nr. 35288: wegen einer seit Jahren bestehenden Depression war zwar jetzt seit zwölf Monaten keine stationäre Behandlung mehr erforderlich; doch hat sich die Patientin innerhalb der Familie und für deren Mitglieder so völlig überraschend ungewohnt deutlich ausgedrückt, daß eine empfindliche Störung des Gleichgewichtes resultierte, die bisher noch nicht behoben ist. - In der Situation der Patientin mit der Fall-Nr. 37232 ist die Problemlösung nicht nur von der Patientin ausgegangen, sondern die Gespräche mit dem Ehemann haben zu der Entscheidung geführt, daß die Patientin den Arbeitsplatz aufgibt, und daß innerhalb der großen Familie Aufgaben und Belastungen verändert werden, was die Patientin als beglückenden Anreiz empfindet. - Bei dem Patienten mit der Fall-Nr. 12161 hat kein eigentliches persönliches Problem vorgelegen, sondern eher wohl die Verärgerung des Patienten über nach seiner Auffassung unnötige ärztliche Maßnahmen in der Klinik, weshalb er dieses Problem für sich als gelöst betrachtet, weil er es an die Ärzte zurückgegeben hat. Auch in der Situation des Kollegen (Fall-Nr. xx181) kann von einer Lösung gesprochen werden, als der niedergelassene Kollege inzwischen die ihm erforderlich erscheinenden Ziele zur beruflichen Anerkennung erreicht hat. -

Darüber hinaus macht die Auswertung der Protokolle transparent, daß manche Patienten bestehende örtliche Einrichtungen wie z.B. kirchliche Gesprächsmöglichkeiten, VHS-Angebote u.ä. angenommen haben. Dieses wurde beobachtet bei den Patientinnen mit den Fall-Nrn. 63236;62250 und 35287, welche Bewegungsangebote (Sport und Tanz) aufgegriffen haben, für die Fälle 40264 und 37277, die an VHS-Kursen teilnehmen, für die Patientin mit der Fall-Nr. 47266, die sich nach langem Ringen und Zögern schließlich entschieden hat, ihre Probleme insoweit selbst zu lösen, als sie an örtlich angebotenen Gesprächsgruppen teilnimmt, und für die Patientin mit der Fall-Nr. 33273, die von sich aus auf eine Fortführung der Psychotherapie verzichtet hat, um an den angebotenen kirchlichen Gesprächskreisen teilzunehmen - eine Entscheidung, die nicht ohne eine weitere ärztliche Beobachtung der Patientin angenommen werden konnte. Eine andere Patientin dieser Gruppe hat erstmals eine größere Reise unternommen (Fall-Nr. 35220); und wiederum andere Patienten pflegen innerhalb der Familie (Fall-Nr. 29241) oder innerhalb des Freundeskreises (Fall-Nr. 24233) verstärkte Kontakte. Das trifft ebenfalls zu für die Patienten mit den Fall-Nrn. 10113 und 26178; während der Patient mit der Fall-Nr. 34162 einen Arbeitsplatzwechsel anstrebt und der Patient mit der Fall-Nr. 59116 eine Partnerin sucht. - Insgesamt haben 13 Patienten dieser Gruppe neue Kontakte aufgenommen, die sie sich zuvor nicht zugetraut hätten, und die sie im Verlauf als wichtiges Erfolgserlebnis kommentiert haben.

Von den 35 Personen dieser Gruppe haben 33 Patienten im Anschluß an die Beratungsarbeit eigene Lösungen entwickelt und verwirklicht, ohne daß eine Änderung der bestehenden ärztlichen Behandlung erforderlich oder überhaupt im Gespräch war - außer vielleicht in den Fällen Nr. 24233 und 34134, in denen zusätzlich verabfolgte physikalische Anwendungen Beschwerdeerleichterung brachten. Den Protokollen folgend wurden die Patienten durch die ärztliche Beratung ermutigt, eine lebensnotwendige aber risikoreiche Operation zu bejahen (Fall-Nr. 29241), Initiativen zur Gestaltung des eigenen Lebens zu entwickeln (Fall-Nr. 58263), eigene Ängste (Fall-

Nr. 12267) oder auch Krankheitssituationen (Fall-Nrn. 24233;37277;26178;34162) zu akzeptieren, und eigene Vorstellungen und Fragen zur bestehenden Krankheit zu formulieren, ohne daß dabei die beratende Ärztin in jedem dieser Fälle eine Lösung anzubieten gewußt hätte oder gar sicher sein konnte, überhaupt ratgebend tätig gewesen zu sein, wie dies besonders im Fall-Nr. 29241 bewußt wurde. -
In zwei Fällen dieser Gruppe ist es zu keinen Problemlösungen gekommen. Im Fall-Nr. 23144 war es der beratenden Ärztin nicht möglich, das bestehende Problem überhaupt sichtbar zu machen bzw. Zugang zur Situation des Patienten zu finden. Der Patient ist mit deutlichen Zeichen seiner Unzufriedenheit gegangen; irgendwelche Rückmeldungen sind nicht erfolgt. In der anderen Situation (Fall-Nr. 38284) hat die Patientin der beratenden Ärztin gegenüber insofern falsche Erwartungen gehegt, als sie mehr auf eine richterliche denn auf eine ärztliche Funktion gehofft hatte.

5.2. Durch ärztliche Hilfe angestrebte Problemlösungen

Neben den zuvor geschilderten 35 Fällen, die charakterisiert sind dadurch, daß der Patient für ihn akzeptable, realisierbare und ihn befriedigende Lösungsvorstellungen entwickeln und anstreben konnte, zeigt die Auswertung der Protokolle eine weitere Gruppe von Patienten, für die in der Beratungssituation Hilfestellungen bei der Problembewältigung erforderlich erschienen. Das heißt, daß im Gespräch mit dem Betroffenen und den ihn jeweils Betreuenden nach zusätzlichen, bisher noch nicht angewandten Hilfen gesucht wurde. In der Liste Nr. 8 sind diese 25 Patienten zusammengefaßt, für die im Beratungsgespräch vordergründig notwendig erschien, die ärztlichen Hilfen zu erweitern; diese ärztlichen Maßnahmen schließen sowohl Diagnostik und Therapie unter ambulanten oder auch stationären Bedingungen ein. -
Von diesen erwähnten 25 Patienten sind sechs in der PATIENTEN-LISTE (Nr. 3 und Nr. 4) aufgeführt, also in der Auflistung der insgesamt 33 Patientensituationen, für die eine Anregung, ärztliche Beratung bei der Krankenkasse einzuholen, von Laien ausging. Von den 32 Problemsituationen der KASSEN-

LISTE (Nr. 2 und Nr. 5) sind elf Patienten in dieser Gruppe aufgeführt. Und aus der ARZT-LISTE (Nr. 1 und Nr. 6), welche die 17 vom Arzt angetragenen Patientensituationen schildert, sind hier insgesamt neun Fälle vertreten. - Eine Addition

xx111	Ergebnis der angestrebten Problemlösung unbekannt
48214	Deutliches Selbstwertgefühl nach operativer Behandlungskorrektur in Uni-Klinik
54118	Therapie läuft noch, Ergebnis muß abgewartet werden
36219	Erleichterung für Pat. als Folge der Behandlungsänderung
28121	Trotz vielseitigen Bemühens bisher keine Veränderung d. Lebenssituation von Pat.
36224	Anfänglich Entwicklung eigener Initiativen nach Sanatoriumsbehandlung
38125	Kompliziertes noch nicht abgeschlossenes medizinisches und soziales Geschehen
32227	Behandlungseinleitung; veränderte innerfamiliäre Beziehungen
64231	Nach Therapie Versuch unabhängiger Entscheidungen
29235	Nach Therapie und Hilfe durch Sozialarbeiter Versuch einer Neuorientierung
22237	Trotz vielseitigen Bemühens keine Änderung d.Situation
43138	Nach vielen Behandlungsversuchen und Vorschlägen Eigenbestimmung
29239	Kurbehandlung ohne Problemlösung
59145	Behandlungsweiterleitung; muß abgewartet werden; deutlich lernwillig
09246	Deutliches Widersetzen gegenüber allem ärztlichen und sozialen Bemühen
26148	Wohlbehagen aufgrund anhaltenden ärztlichen Bemühens
xx253	Anhaltendes noch nicht abgeschlossenes ärztliches Bemühen um Pat.
37259	Trotz stationärer Behandlung, psychologischer Betreuung und Einschalten des Sozialen Dienstes keine Änderung der Situation
53169	Nach stationärer Behandlung Entwicklung von Selbstsicherheit besonders am Arbeitsplatz
24271	Nach Gespräch Fortsetzen der fachärztlichen Behandlung; Zuversicht bei Pat.
62175	Selbständige Lösungsversuche mit Pat.befriedigenden Erfolgen
41279	Trotz unterschiedlichster ärztlicher Bemühungen keine Problemlösung
27282	Weder juristische noch psychotherapeutische Hilfe möglich
27286	Veränderte Patientensituation durch langfristige stationäre psychiatrische Behandlung der Mutter
30189	Nach stationärer Behandlung zunächst ausgeglichene Familien- und Betriebssituation

Durch ärztliche Behandlung angestrebte Problemlösungen

ÄRZTL.HILFE (Liste Nr. 8)

dieser Fallzahlen ergibt 26 Patientensituationen; tatsächlich aber sind es 25 Probanden, da der Patient mit der Fall-Nr. 43138 aus zwei Listen übertragen werden mußte. Seine Situation ist dadurch gekennzeichnet, daß sie gleichzeitig vom Krankenkassenmitarbeiter wie auch vom behandeln-

den Arzt vorgetragen wurde. -

Bei den 25 Problemsituationen dieser Gruppe kann für 13 Patienten (16 % der Gesamtfallzahl) von einer Problemlösung gesprochen werden. -
Beispielsweise hat die Patientin mit der Fall-Nr. 48214 nach dem Beratungsgespräch und nach der operativen Behandlungskorrektur ein deutliches Selbstwertgefühl entwickelt; die Patientin mit der Fall-Nr. 64231 hat - allerdings sicher auch unter dem Einfluß einer bestehenden Übertragungssituation - nach der Therapie eigene Entscheidungen getroffen. Und selbst die Patientin mit der Fall-Nr. 24271 hat sich unter Berücksichtigung der bei ihr vorliegenden Erkrankung an die erforderliche Veränderung der Medikation vertrauensvoll angepaßt, so daß sie ihr Problem derzeit als gelöst betrachtet. Die Patientin mit der Fall-Nr. 29235 hat sich in ihrer krankheitsbedingt veränderten Lebenssituation so arrangiert, daß sie neue Kontakte eingegangen ist - ein besonderer Erfolg gerade für diese Patientin. Der Patient mit der Fall-Nr. 26148 sieht seine Problemsituation als zufriedenstellend gelöst an, nachdem er das für ihn erforderliche Maß an ärztlicher Zuwendung erlebt hat. Bei den Patienten mit den Fall-Nrn. 54118 und 59145 handelt es sich um langfristige Behandlungen, die insoweit bereits eine Prognose zulassen, als beide Patienten durch gute Mitarbeit auffallen, und ihre jeweiligen Erfolge telefonisch und schriftlich mitteilen. Von der Patientin mit der Fall-Nr. 36224 wurden im Anschluß an eine intensive psychotherapeutische und hydrotherapeutische Sanatoriumsbehandlung anfänglich deutlich eigene Initiativen entwickelt; in der Zwischenzeit hat die Patientin jedoch alle derartigen Konzepte wieder fallengelassen. Allerdings ist es seit neun Monaten nicht mehr zu der sonst allmonatlich üblichen stationären Behandlung im status asthmaticus gekommen, und die Patientin selbst empfindet auch noch 20 Monate nach dem Problemvortrag ihre Situation als zufriedenstellend gelöst. In den anderen als gelöst zu betrachtenden Fällen dieser Gruppe wurde in Verbindung mit einer veränderten ärztlichen Behandlung vom Patienten selbst der Versuch unternommen, die Lebenssituation

zu verändern und insbesondere die gegebene Krankheitssituation zu akzeptieren; dies zeigen - soweit das schon beurteilbar ist - die Patienten mit den Fall-Nrn. 36219;32227; 62175 und 30189. Dieser Prozeß wird noch besonders deutlich bei dem Patienten mit der Fall-Nr. 53169, der nach anfänglich komplikationsreicher stationärer Behandlung jetzt deutlich selbstsicherer den Mut zu Entscheidungen und Verantwortungen im Familienkreis und am Arbeitsplatz entwickelt; besonders fällt auf, daß der Patient keine Lösungsangebote anderer (z.B. vom Arbeitgeber) annimmt, sondern versucht, sich mit seinen Beschwerden und seinen Pflichten zu arrangieren. - Ergänzend muß für diese 13 Patienten erwähnt werden, daß zwar deren Rückmeldungen vorliegen, die eine Spielbreite von völliger Problemlösung (Fall-Nrn. 48214 und 53169) bis zu zaghafter Zufriedenheit (Fall-Nr. 29235) beinhalten, daß aber diese Problemlösungen zugleich ein Leben mit zum Teil schweren und chronischen Krankheitsbildern bedeuten wie Zwangsneurose, M.Bleuler, Querschnittslähmung und PCP, so daß ärztlicherseits gefragt werden muß, wann es bei diesen Patienten wieder zu Dekompensationen kommen kann. Als Parameter für die Zurückhaltung, mit der diese Problemlösungen betrachtet werden müssen, ist vielleicht die Beobachtung zulässig, daß von diesen 13 Patienten, die ihre Problemsituation als gelöst bezeichnen, auffallend wenige neue soziale Kontakte eingegangen wurden - bestehende Beziehungen nach Aussagen der Betroffenen allerdings deutlich intensiviert wurden. Aus dieser Gruppe sind nur die Patienten mit den Fall-Nrn. 54118;64231 und 59145 neue soziale Kontakte eingegangen.

Es fällt auf, daß in dieser Gruppe von 25 Personen 12 Patienten keine sie und die beteiligten Helfer befriedigende Veränderung der Problemsituation beobachtet haben. Zu fünf Fällen muß sogar ausgesagt werden, daß trotz der angewandten und zum Teil sehr aufwendigen Mühen bisher überhaupt keine Veränderungen der Problemsituation zu verzeichnen sind. -

In einer Situation (Fall-Nr. xx111) ist völlig unbekannt geblieben, ob über die erste erfolgreiche Rückmeldung

hinaus eine wechselseitige Motivation des Arztes und des Patienten erreicht wurde. Der Patient mit der Fall-Nr. 43138 hat sich allen Behandlungsangeboten und Behandlungsvorschlägen widersetzt, bis er sich schließlich selbst gezwungenermaßen unter fachärztlicher Weiterbehandlung für arbeitsfähig befunden hat. Die Patientin mit der Fall-Nr. 09246 widerstrebt allem hausärztlichen, klinischen, fachärztlichen und sozialen Bemühen; weder war sie zu einer Einhaltung der Diät zu bewegen noch zu einer Einschränkung des Nikotinkonsums; die immer notwendiger werdende Beinamputation wird von der Patientin strikt abgelehnt. Bei den Patienten mit den Fall-Nrn. 37259 und 28121 konnte trotz stationärer Behandlung, trotz eingehender Psychotherapie, trotz Einschaltung einer Psychologin und trotz der Mithilfe des Sozialen Dienstes keine Änderung der Lebenssituation erreicht werden, weil in keinem der beiden Fälle Patient oder Ehepartner gewillt waren, an einer Veränderung der Problemsituation mitzuarbeiten. Bei der Patientin mit der Fall-Nr. 22237 scheiterten die sozialen Bemühungen, und die Patientin mit der Fall-Nr. 27282 blieb unbefriedigt, weil eine ihr vorschwebende juristische Lösung der Probleme nicht möglich war. In der bereits früher geschilderten Situation der Patientin mit der Fall-Nr. 41279 scheiterte allerseits ein der beratenden Ärztin notwendig erscheinendes Verlassen der Organebene; stattdessen wurde von der Patientin nach stationärer Abklärung der Beschwerden ein neues Organangebot gemacht, das mit großem klinischen Aufwand ebenfalls nicht verifiziert wurde. Für die Patientin mit der Fall-Nr. 29239 wurde während einer Kurbehandlung eine invasive cardiale Diagnostik anberaumt, ohne daß dabei von der einen oder anderen Seite auf bestehende Probleme eingegangen worden wäre, so daß also nicht von einer Veränderung des Status sondern höchstens von einer Unterbrechung gesprochen werden kann. Der Patient mit der Fall-Nr. 38125 - ein türkischer Gießereiarbeiter mit nur sehr geringfügigen deutschen Sprachkenntnissen - leidet nicht nur an einem neurologischen Krankheitsgeschehen, sondern ebenso an komplizierten veränderungsbedürftigen psychosozialen Gegebenheiten; es zeich-

nen sich bei diesem Patienten bisher keinerlei Lösungsmöglichkeiten ab. Auch für die Patientin mit der Fall-Nr. 27286 ist keine Lösung zu beobachten; die derzeit veränderte Patientensituation hat sich als Folge einer langfristigen stationären psychiatrischen Behandlung der Mutter der Patientin ergeben.
Insgesamt kann für diese 25 Patienten, für die während der Beratungssituation eine Änderung bzw. Erweiterung der ärztlichen Behandlung erforderlich erschien, festgestellt werden, daß entweder aufgrund der bestehenden Krankheitssituation oder aufgrund der gegebenen Persönlichkeitsstruktur eigene Initiativen zur Problemlösung allein nicht ausreichten. In Verbindung mit ärztlichen Behandlungsbemühungen konnten in 13 Situationen Problemlösungen verwirklicht werden; in 12 Fällen dieser Gruppe sind jedoch trotz gemeinsamer Bemühungen von Arzt, Patient und anderen angesprochenen Einrichtungen keine Lösungen zu verzeichnen, die den Patienten zu entsprechenden Rückmeldungen veranlaßt hätten.

5.3. Durch soziale Hilfen angestrebte Problemlösungen
Die eben gemachten Beobachtungen gelten in ähnlicher Form auch für die insgesamt 14 Patienten, für die in der Beratungssituation unabhängig vom ärztlichen Behandlungsgeschehen zusätzlich soziale Hilfen bei der Problemlösung vorgeschlagen wurden. Diese in der Liste Nr. 9 zusammengestellten Fälle sind mit 5 von 33 Personen in der PATIENTEN-LISTE (Nr. 3 und 4) vermerkt. Von den 32 Fällen der KASSEN-LISTE (Nr. 2 und 5) sind hier 7 Patientensituationen aufgeführt sowie zwei der insgesamt 17 Patienten aus der ARZT-LISTE (Nr. 1 und 6). - Für die beiden Patienten mit den Fall-Nrn. 28121 und 27282 muß angemerkt werden, daß sie wegen ihrer besonderen Problemsituationen, die Hilfen auf ärztlichem Sektor und im sozialen Bereich bedingten, in beiden Aufstellungen genannt sind. -

Für sieben Patienten dieser Gruppe ist bisher keine Problemlösung zu beobachten: die Patientin mit der Fall-Nr. 12249 nimmt zwar regelmäßig für sie geeignete örtliche Maßnahmen in Anspruch - eine Lösung des eigentlichen Problems einer

Lebens- und Ehegestaltung im Alter unter Berücksichtigung der bestehenden Krankheiten war jedoch nicht möglich. Im Fall-Nr. 20168 ist bisher weder eine Problemlösung für den Patienten noch eine angemessene Hilfeleistung möglich gewesen; da von beiden am Problem beteiligten Ehepartnern keine gemeinsamen Lösungsschritte angenommen werden, muß das

19217	Vermittlung eines 2. Krankenscheines zur Problemlösung
28121	Trotz vielseitigen Bemühens bisher keine Änderung der Lebenssituation von Pat.
32123	Für Pat. keine Lösung erstrebenswert
02229	Nachlassende Kampfbereitschaft; Versuch einer Neuorientierung in altersgemäßen Gemeinschaften
32230	Verdacht auf Klammerung an neue Probleminhalte
17243	Nach Einschalten des Sozialen Dienstes innerfamiliäre Problemlösungen für Pat.
12249	Regelmäßige Besuche im Gesundheitszentrum, die keine ausreichende Problemlösung für Pat.bedeuten
15254	Unter Mithilfe mehrerer verschiedener Sozialer Dienste befriedigende Problemlösung für Pat.(Ortswechsel)
10255	Innerfamiliäre Problemlösung durch Sozialen Dienst
36160	Problemlösung durch Hilfe bei auswärtigem Erwerb des Führerscheins
37265	Problemlösung als gemeinsame Aufgabe von Kasse, VäD und Facharzt
20168	Problemlösung von außen nicht möglich; Sozialer Dienst in abwartender hilfsbereiter Haltung
27282	Weder juristische Lösung noch psychotherapeutische Hilfe möglich
14283	Betreuung durch Sozialen Dienst unter Berücksichtigung eingefahrenen Patientenverhaltens

Mit Hilfe von Kasse u. Sozialen Diensten angestrebte Problemlösungen

SOZIALE HILFE (Liste Nr. 9)

Ehegeschehen zunächst abgewartet werden. Bei der Patientin mit der Fall-Nr. 14283 mußte das eingefahrene im Gleichgewicht befindliche Patientenverhalten trotz des bestehenden Medikamentenabusus akzeptiert werden - allerdings mit dem vom Sozialarbeiter vorgebrachten Gedanken an eine körperliche Roborierung der Patientin. Der Patient mit der Fall-Nr. 32123 ist trotz seiner Arbeitsplatzprobleme im Gleichgewicht mit sich selbst und sieht sich daher nicht mehr veranlaßt, in eine Behandlung einzuwilligen. Über die Patientin mit der Fall-Nr. 32230 kann berichtet werden, daß sie immer neue Probleme anbietet, sich geradezu an neue Probleminhalte klammert, ohne selbst an der Lösung bestehender Probleme mitzuarbeiten. Auf die schwierigen Situationen der im voraufgehenden Ab-

schnitt erwähnten Patienten mit den Fall-Nrn. 28121 und 27282, für die sich bisher keine Lösungsmöglichkeiten abzeichnen, wurde bereits hingewiesen.

Bei den anderen 7 Patienten dieser Gruppe ist es insofern zu zufriedenstellenden Lösungen gekommen, als Hilfen bei der Problemlösung - nicht immer identisch mit der Initiative zur Problemnennung! - von AOK-Mitarbeitern ermöglicht wurden, ob es dabei nun um die Ausstellung eines 2. Krankenscheines ging (Fall-Nr. 19217), oder ob die Lohnfortzahlung geregelt werden mußte (Fall-Nr. 37265). Die Lösung im Fall-Nr. 36160 war möglich durch eine vermittelnde Hilfe beim Erwerb des Führerscheines. In den Situationen mit den Fall-Nrn. 15254;10255 und 17243 war die Problemlösung ausschließlich durch die Hilfe der Sozialarbeiter bei der Veränderung familiärer Lebensbedingungen möglich. Im Fall-Nr. 02229 haben weitestgehend kirchliche Einrichtungen die Betreuung der alleinstehenden Patientin übernommen, wobei abgewartet werden muß, ob dadurch entstehende neue Kontakte die Lebenssituation der Patientin zusätzlich verändern helfen - z.B. durch Übersiedlung in eine neue Wohngemeinschaft.

Bei diesen 14 Personen, für die soziale Hilfen erforderlich waren, ist bei sieben Patienten keine Problemlösung beobachtet worden, während die anderen sieben Patienten durch die Mithilfe der Kassenangestellten - insbesondere der Sozialarbeiter - von einer Problemlösung berichten. - Für beide zuletzt vorgestellten Patientengruppen, die ärztlicher und sozialer Hilfen bei der Lösung ihrer Probleme bedurften, kann ausgesagt werden, daß seitens der beratenden Ärztin zwar Problemlösungen für denkbar gehalten wurden, daß sie aber - wie die Auswertung zeigt - längst nicht immer realisiert werden konnten. -

5.4. Hilfen für die in der Zwischenzeit verstorbenen Patienten

Bisher wurde in 72 Fällen aufgezeigt, inwieweit Lösungen für den Patienten möglich oder nicht möglich waren; abschließend soll von den neun Patienten berichtet werden, die während der beschriebenen vier Monate oder in der Zeit bis

zu dieser Niederschrift verstorben sind. Bei dieser Patientengruppe stellt sich besonders die Frage, ob das Patientenproblem erkannt und sinnvoll bearbeitet werden konnte. -

Bei den beiden Patientinnen mit den Fall-Nrn. 44212 und 35222 lag ein Carcinom vor: ein Pankreascarcinom im Finalstadium nach voraufgegangener klinischer Behandlung und ein inoperables Adenocarcinom der Lunge mit sehr schlechter Prognose. In dem einen Fall galt es, unter Berücksichtigung der kassenärztlichen Bestimmungen eine Versorgung mit Medikamenten sicherzustellen und einen Transport der moribunden Patientin in die türkische Heimat zu ermöglichen. Dabei waren gleichzeitig Fragen zu klären, die die Versorgung der schulpflichtigen Kinder, den Arbeitsplatz des Mannes und eine vorübergehende Kündigung der Wohnung betrafen. - In dem anderen Fall ging es neben symptomatischer Therapie um die Angst der Patientin und ihrer Angehörigen vor dem Sterben und vor dem Tod. In keinem der zugewiesenen Fälle schloß sich ein Anbieten von Lösungen so sehr aus, wie in dieser Situation. Gemeinsam mit der Patientin und ihren Angehörigen sowie - besonders in den letzten Lebenswochen - mit einer Freundin wurde begleitend, manchmal organisierend und manchmal vielleicht auch erleichternd zu helfen versucht. Von der Patientin kam in den letzten Wochen ihres Lebens die Äußerung: "Ich habe noch nie so oft und klar gesagt, was ich eigentlich will!" Die Freundin äußerte nach dem Tod der Patientin: "Ich war froh, daß ich so viel tun konnte, daß ich verstanden habe, was sie wollte - denn nur das hat mir die Kraft gegeben, bei ihr zu bleiben; jetzt frage ich mich nur, ob ich nicht noch mehr zu ihrer Erleichterung hätte tun können." - Beide Patientinnen sind in ihrer vertrauten Umgebung verstorben, beide haben Verwandte und Freunde um sich gehabt. Doch bei der türkischen Patientin wurde die Patientennähe wegen der außergewöhnlichen Verständigungsschwierigkeiten bedeutend geringer erlebt; daher vielleicht auch die vielen Aktivitäten auf organisatorischem Sektor! Und dieses ist nicht ganz ungleich der Situation der Patientin mit der Fall-Nr. 44285, bei der ein außergewöhnliches Bemühen von Arbeitgeber, Krankenkasse, behandelnden Ärzten und Sozial-

arbeitern vorgelegen hat. Die intensive psychotherapeutische Behandlung mit Paar-Therapie bei guten Ausdrucksfähigkeiten der Patientin und ihres Mannes hat dennoch den plötzlichen Suizid am Ende der Behandlung nicht verhindern können. Bei dieser Patientin - und ebenso auch bei der Patientin mit der Fall-Nr. 41256 - stellt sich die Frage nach den therapeutischen Grenzen und nach den eigenen Begrenztheiten, die tatsächliche Lebenssituation eines anderen Menschen überhaupt erfassen zu können. Je weniger diese Patientinnen aufgrund ihrer nationalen und religiösen Bindungen einerseits oder ihrer krankheitsgebundenen Persönlichkeitsstrukturen andererseits von den Behandlungsmöglichkeiten annehmen konnten, desto mehr wurde versucht, Lösungsangebote zu machen - Aktivitäten, die nur zu noch mehr Isolierung oder möglicher Ablehnung führten. Erst die eigene Entscheidung der Patientin mit der Fall-Nr. 41256 machte eine Klinikbehandlung möglich - bis die Patientin nach acht Tagen infolge schwerster organischer Veränderungen verstarb.
Bei den Patienten mit den Fall-Nrn. 32257;16158 und 15276 haben die vorliegenden schweren organischen Veränderungen einen plötzlichen Tod zur Folge gehabt. Die Patientin mit der Fall-Nr. 00215 verstarb an Altersschwäche, und bei dem erst so zuversichtlichen Patienten mit der Fall-Nr. 20147 nahmen Stoffwechselentgleisungen und Durchblutungsstörungen in so starkem Maße zu, daß auch die Notamputation des 2. Beines keine Besserung mehr bedeuten konnte.

5.5. Resümee

Als abschließende Beobachtung wird eine Aufschlüsselung aller 81 Fälle in der Liste Nr. 10 vorgestellt, aus der einmal ersichtlich ist, in welchem Umfang die nach der Beratungsarbeit erfolgten Lösungsversuche der Probleme auf Patienteninitiative beruhen, und inwieweit zusätzlich ärztliche bzw. soziale Hilfen erforderlich waren. Zum zweiten zeigt die Liste Nr. 10, auf wessen Anraten hin die einzelnen Patienten das ärztliche Beratungsgespräch gesucht haben; es wurden die Fallnummern der Patientengruppen mit Lösungen aufgrund eigener, ärztlicher oder sozialer Hilfen (Listen

Nr. 7 bis 9) wieder aufgeteilt nach ihren Zugehörigkeiten zu den Vermittlungen durch Laien, Krankenkasse oder Arzt (Listen Nr. 4 bis 6). Dabei wurde so verfahren, daß die als

Eig.Hilfe	Fall-Nrn.	Gesamt-zahl	gelöste Fälle	ungelöste Fälle
Laiengruppe	59176; 24233; 34134; 63236; 292..; 31242; 62250; 34152; 34162; 58263; ..226..; 12267; 16170; 26178; 34180; 38284; 3525..; 63290; 30291;	19	18	1
Kassengruppe	35220; 38226; 10128; 37232; 23144; 47266; 33273; xx174; 37277; 35288;	10	9	1
Arztgruppe	10113; 48140; 11251; 12161; 23172; xx181;	6	6	-
Ärztl.Hilfe				
Laiengruppe	48214; 64231; 09246; 53169; 41273; 62175;	6	4	2
Kassengruppe	36219; (28121); 36224; 32227; 29235; (43138); 59145; 26148; 37259; 24271; (27282);	11	7	4
Arztgruppe	xx111; 54118; 38125; 22237; 43135; 29239; xx253; 27286; 30189;	9	2	7
Soz.Hilfe				
Laiengruppe	19217; 32123; 32230; 12249; 36162;	5	2	3
Kassengruppe	(28121); 02229; 10255; 37265; 20168; (27282); 14283;	7	3	4
Arztgruppe	17243; 15254;	2	2	-
Todesfälle				
Laiengruppe	35222; 41256; 16158;	3		
Kassengruppe	44212; 00215; 20147; 32257; 15276; 44285;	6		
Arztgruppe	-			

Problemlösungen und ihre Zuordnungen
bezogen auf die einzelnen Fälle

Liste Nr. 10

ungelöst zu betrachtenden Fälle durch Unterstreichen der einzelnen Fallnummern markiert wurden, während die drei doppelt erscheinenden Fälle durch Einklammern der betr. Ziffern kenntlich gemacht wurden. Diese Auflistung gibt schließlich auch noch Auskunft über die Zahlenverhältnisse, da sowohl die Gesamtzahlen der Fälle aus den einzelnen Listen, wie auch die gelösten bzw. ungelösten Problemsituationen vermerkt wurden. Das Resultat dieser Auswertung wur-

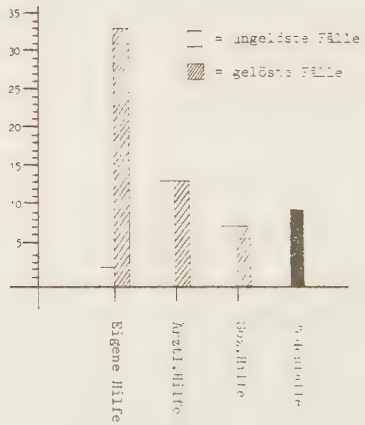
de in der Tabelle Nr. 11 zusammengetragen. Danach kann in 53 Situationen von einer Problemlösung ausgegangen werden. -

	Laien-Vermittlung		AOK-Vermittlung		Arzt-Vermittlung		Gesamt	
	gelöst	ungelöst	gelöst	ungelöst	gelöst	ungelöst	gelöst	ungelöst
Eigene Hilfe	18	1	9	1	6	-	33	2
Ärztl. Hilfe	4	2	7	4	2	7	13	13
Soz. Hilfe	2	3	3	4	2	-	7	7
Gesamt	24	6	19	9	10	7	53	22

Problemlösungen und ihre Zuordnungen
bezogen auf die Anzahl der Fälle

Tabelle Nr. 11

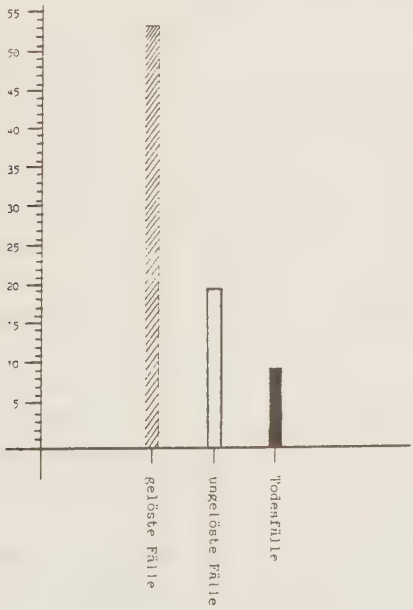
Verfolgt man die Entwicklung dieser Ergebnisse, so stellt sich heraus, daß ein gleichgewichtiges Zahlenverhältnis zwischen gelösten und ungelösten Fällen dort vorliegt, wo durch ärztliche oder soziale Hilfen Lösungsbemühungen unterstützt wurden. Ein deutliches Überwiegen der gelösten Problemsituationen zeigt sich hingegen in dem Bereich, der charakterisiert ist durch das eigene Bemühen des Patienten um eine Lösung seines Problems. Hier wiederum fallen in der



Darstellung der Problemlösungen
anhand der in Anspruch genommenen Initiativen

Schema Nr. 14

Häufigkeit die Situationen auf, in denen der Patient entweder selbst oder sein Umfeld - also Laien - angeregt haben, ein ärztliches Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen. Diese Feststellung läßt den Schluß zu, daß in der hier vorgelegten Auswertung das Bemühen des Patienten, Hilfen zu bekommen, um eigenständig an der Lösung seiner Probleme mitzuarbeiten, klar ausgeprägt ist. Es kann gefolgert werden, daß durch zugewandtes und eingehendes Ordnen der jeweiligen Krankheits- und Lebenssituation des Betroffenen im ärztlichen Beratungsgespräch die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln des Patienten unterstützt und gefördert wird. Mit anderen Worten: die hier vorgestellte sozialmedizinische Beratungsarbeit bedeutet Hilfe zur Selbsthilfe.



Gesamtdarstellung der Problemlösungen

Schema Nr. 15

Eine bildliche Darstellung dieser Gegebenheit liegt in dem Schema Nr. 14 vor; ein Vergleich der einzelnen Gruppen untereinander zeigt den überragenden Anteil derjenigen Situationen, in denen der Patient seine Belange in einer ihn zufriedenstellenden Weise gelöst hat. Das Schema Nr. 15 veranschaulicht die Problemlösungen aller 81 in dieser Beschreibung vorgelegten Fälle. Unter Auslassung der

neun Todesfälle, die 11 % der Gesamtfallzahl ausmachen, sind 53 Problemsituationen (65 %) als gelöst zu bezeichnen, während in 19 Fällen (23 %) nicht von einer Lösung des Problems gesprochen werden kann. Aus dem hier vorgelegten Material geht hervor, daß nicht Arzt oder Sozialarbeiter die Belange der Patienten verändern, sondern daß sie nur helfende und unterstützende Funktion haben, wenn der Patient sein Problem selber löst. Daß für dieses Helfen und Unterstützen des Patienten begleitende Kontakte erforderlich sind, soll im nächsten Abschnitt beschrieben werden.

6. Von der beratenden Ärztin angesprochene Kontakte zur Problemlösung

In den bisherigen Abschnitten dieser Untersuchung wurde der Weg eines Patienten zur beratenden Ärztin der AOK verfolgt. Auf Problemnennung und Wahrnehmung der Überlagerungen folgte die gemeinsame Bearbeitung, die den Patienten im günstigsten Fall - wie beschrieben - zu einer Lösung seines Problems ermutigte oder befähigte. -
Eine solche vereinfachte Schilderung läßt jedoch unberücksichtigt, daß der Patient von irgendwoher kommt und nach irgendwohin weitergeht. Zwar entwickelt sich im Verlauf der Beratungsarbeit eine Beziehung zwischen Arzt und Patient, doch unterliegt diese Beziehung einer am Problem orientierten zeitlichen Befristung. In einer Zusammenschau könnte das bedeuten, daß Patient und Arzt gemeinsam an einer Aufgabenstellung arbeiten ohne eine Beziehung zu einem Anfang und einem Ende. Doch gerade das geschieht nicht. - In der Atmosphäre von Intimität und Einmaligkeit der Begegnung zwischen Patient und Arzt finden zwar Problembenennung und Problembearbeitung mit all den möglichen subjektiven Äußerungen ihren Ausdruck. Doch eingebunden in dieses subjektive Geschehen werden die objektiven Fragen nach dem ärztlichen und sozialen Hintergrund des Patientengeschehens gestellt. - Ein möglichst klares Bild vom Patientenproblem und den möglichen Lösungen zu erhalten bedingt zahlreiche und vielfältige Kontakte. In den voraufgegangenen Abschnitten wurde beschrieben, daß nicht immer der Patient von sich aus die

beratende Ärztin aufsucht, sondern daß Angehörige, Freunde, Arbeitgeber, Krankenkasse, Ärzte etc. den Patienten avisieren. Ebenso benutzt nun die beratende Ärztin ihrerseits das Umfeld des Patienten, um weitere Informationen zu erhalten, wie das auch aus der bereits beschriebenen Tatsache erhellt, daß das Gespräch nicht nur mit dem Patienten allein geführt wird, sondern auch mit seinen Angehörigen. In der Patientenarbeit ergibt sich weiterhin häufig das Erfordernis, sowohl mehr Informationen einzuholen, als der Patient geben kann, wie auch für den Patienten allein nicht unbedingt herzustellende Verbindungen vorzubereiten.
Die vorliegenden 81 Protokolle wurden daher nach dem Gesichtspunkt untersucht, in welcher Häufigkeit von der beratenden Ärztin welche Kontakte hinsichtlich einer Erleichterung der Problemlösung aufgenommen wurden. -

Die Art der Kontakte ergibt sich aus der jeweils beobachteten Problematik. Bezogen auf das Krankheitsgeschehen des Patienten werden Verbindungen zu den behandelnden Ärzten (Hausarzt, Facharzt, Klinikarzt und Psychotherapeut in Klinik und Praxis) angestrebt. Bezogen auf das psychosoziale Geschehen jedoch sind die Kontakte vielfältigerer Art. Soziale Dienste der Krankenkasse, der Kirchen und der Gemeinden wurden in die Arbeit mit dem Patienten einbezogen. Aber auch andere Beziehungen haben sich als hilfreich herausgestellt. Im Fall-Nr. 00215 war eine Verbindung zu einer auswärtigen Vertrauensärztlichen Dienststelle geboten wie auch zu einer anderen Krankenversicherung. Im Fall-Nr. 34134 wurden mit der Physikalischen Abteilung einer Rehabilitationsklinik Vereinbarungen getroffen, um für den Patienten und dessen Arbeitgeber annehmbare Behandlungstermine herauszufinden, wobei gleichzeitig mit der Personalabteilung der arbeitgebenden Firma über die Behandlungsnotwendigkeit des Patienten gesprochen werden konnte. Im Fall-Nr. 62250 erschienen Verlaufsgespräche mit dem Betreuer der Auszubildenden sinnvoll. Während im Fall-Nr. 10255 die Schilderung technischer Details eines elektrischen Fahrstuhles vom betreffenden Fachhändler notwendige Voraussetzung für die Bearbeitung des Patientenproblems war, so wurde im Fall-Nr.

36160 eine von eigenen Schulzeiten her gekannte Fahrschulleiterin angesprochen. Im Fall-Nr. 62175 fand ein ausführliches ärztliches Gespräch mit dem Musterungsarzt statt. Bei der Patientin mit der Fall-Nr. 37277 war es die Heilpraktikerin, während es bei der Patientin mit der Fall-Nr. 35287 der BG-Arzt war, mit dem die Patientensituation gemeinsam erörtert werden mußte. Und daß auch ein Bürgermeister in einem bestehenden Notfall angesprochen werden kann, hat der Fall-Nr. 44212 gezeigt, bei dem es erfreulicherweise zu einer sehr raschen und unbürokratischen Zusammenarbeit mit der Bundeswehr und dem zuständigen Konsulat dank der Initiative des Bürgermeisters gekommen ist. Dieser kurze Abriß zeigt, daß die Art der Beziehungsaufnahme sich nicht allein auf der Ebene kollegialer Gespräche bewegt, sondern daß das gesamte Umfeld des Patienten je nach der Lage seines Falles angesprochen werden kann. Dabei sind hier nur diejenigen Kontakte aufgeführt, die von der beratenden Ärztin aufgenommen wurden, während die vielen vom Berufsbild der Sozialarbeiter her bedingten Verbindungen unerwähnt bleiben müssen.

Es soll nun im Folgenden die Häufigkeit der angestrebten Kontakte bezogen auf den einzelnen Fall dargelegt werden. Dabei sind diejenigen, an die Zuweisung des Patienten gebundenen Verbindungen nicht mit berücksichtigt; ebenso sind auch die für die beratende Tätigkeit selbstverständlichen Rückmeldungen nicht mit einbezogen, gehören doch diese Kontakte zu den ohnehin vorgegebenen Bedingungen. Hier sollen nur diejenigen Verbindungen vorgestellt werden, die während der Arbeit mit dem Patienten als hilfreich für die Problemlösung angesehen wurden. In der Einteilung wird dabei nach dem zuletzt gewählten Vorgehen verfahren. Für die 35 Patienten mit eigenen Lösungsbemühungen (Liste Nr. 7) zeigt sich anhand der Zusammenstellung in der Liste Nr. 11, daß für 16 Patienten dieser Gruppe keine weiteren Kontaktaufnahmen durch die beratende Ärztin erfolgten. In 10 Fällen dieser Gruppe wurde nur zu einer Stelle - Arzt, Psychotherapeut oder Psychologe - eine Beziehung aufgenommen, in 3 Fällen waren es zwei Kontaktstellen und in 6 Fällen dieser

Gruppe waren drei und mehr Verbindungen erforderlich. Eine genaue Auszählung ergab, daß in eben dieser letztgenannten

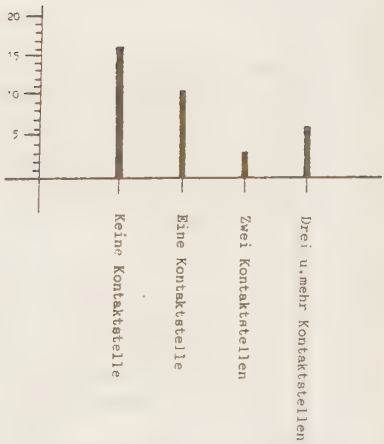
10113	Hausbesuch; Ehefrau; Klinikarzt, Chefarzt der Reha-Klinik; Sozialarbeiter und Hausarzt
59116	Psychotherapeut
35220	Ø
38226	Ø
10128	Hausarzt; VäD; Sanatoriumsarzt
37232	Ø
24233	Hausarzt
34134	Hausarzt; Kasse; Klinikarzt und Arbeitgeber
63236	Facharzt und Hausarzt
48140	Psychologin vom Gesundheitszentrum
29241	Ø
31242	Psychologin vom Gesundheitszentrum
23144	Hausarzt
62250	Ø
11251	Ø
34152	Ø
12161	Klinikarzt
34162	Facharzt; Kasse und Arbeitgeber
58263	Ø
40264	Facharzt
47266	Psychologe vom Gesundheitszentrum
12267	Hausarzt und Klinikarzt
16170	Kasse und niedergelassener Arzt
23172	Kasse
33273	Ø
xx174	Ø
37277	Facharzt
26178	Ø
34180	Ø
xx181	Ø
38284	Ø
35287	Klinikarzt; BG-Arzt; Sanatoriumsarzt (Psychotherapeut); Sozialarbeiter; Psychologin vom Gesundheitszentrum u. Kasse
35288	Klinikarzt; Sanatoriumsarzt; Sozialarbeiter
63290	Ø
30291	Ø

Aufgenommene Kontakte bei den Fällen
mit vom Patienten ausgehender Problemlösung

Liste Nr. 11

Personengruppe bis zu fünf Stellen kontaktiert wurden. Eine Veranschaulichung dieser von der beratenden Ärztin angestrebten Kontakte wird in dem Schema Nr. 16 gegeben.

Bei den Patienten der anderen Gruppen, in denen eine Veränderung der ärztlichen Bemühungen oder ein Einschalten sozialer Hilfen erforderlich erschien, zeigt sich ein anderes Verhältnis. Bei den Fällen, in denen ärztliche Hilfen bei der Problemlösung vonnöten waren (Liste Nr. 8), wurden nur in drei Fällen keine zusätzlichen Verbindungen aufgenommen, wie aus der Auf-



Angesprochene Kontakte zu den vom Patienten ausgehenden Problemlösungen

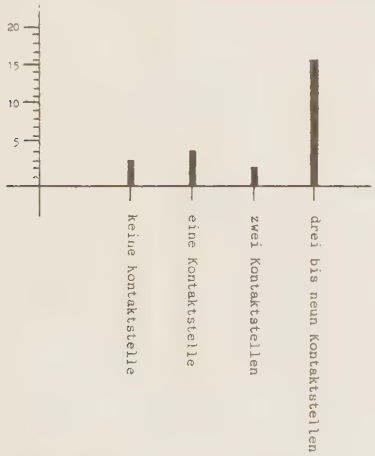
Schema Nr. 16

xx111	Ø
48214	Hausarzt; Facharzt; zwei Universitätskliniken und Kasse
54118	Augenärztin; Klinikpsychiater; Klinikpsychotherapeut; Psychotherapeutin, Eltern und Kasse
36219	Kasse; Arzt für Naturheilverfahren; Krankenhausarzt und Facharzt
28121	Klinikpsychiater; Hausarzt; Klinik-Psychotherapeut; Dipl.-Psych.; Soz.Arb.d.AOK
36224	Klinikchefarzt; Kassenangestellte; Sozialarbeiter; Ehemann und Sanatoriumsarzt (Psychotherapeut)
38125	Klinikärzte und Hausarzt
32227	Hausarzt; LKH; Klinikchefarzt und Ehemann
64231	Schule; Psychotherapeut; Psychologin; Sozialarbeiter der Kasse und der Kirche
29235	Facharzt; Hausarzt; Sozialarbeiter; Klinikärztin und auswärtige Sozialarbeiterin
22237	Tochter; Kasse; Hausarzt; mehrere Klinik- u.Fachärzte
43138	Hausarzt; mehrere Fachkliniken und Facharzt
29239	Klinikarzt und VäD
59145	Klinik; Reha-Klinik und Kasse
09246	Ø
26148	VäD und Klinikarzt
xx253	Ø
37259	Kasse; Psychologin vom Gesundheitszentrum; Sozialarbeiter der Kasse; VäD; LVA; Hausarzt; Klinikpsychiater; Orthopäde und Klinikpsychotherapeut
53169	Hausarzt; VäD; Klinikarzt; Betriebsratsvorsitzender und Abteilungsleiter
24271	Facharzt
62175	Facharzt; Musterungsarzt; Psychotherapeut
41279	Hausarzt
27282	Facharzt
27286	Kasse; Sozialamt; Caritas; Hausarzt
30189	Klinikpsychotherapeut

Angesprochene Kontakte bei den durch ärztliche Behandlung angestrebten Problemlösungen

Liste Nr. 12

stellung in der Liste Nr. 12 hervorgeht. Ein und zwei Verbindungen wurden ebenfalls nur in je drei Fällen dieser Gruppe hergestellt, während in 16 Situationen die Kontaktaufnahme zu drei und mehr Stellen erforderlich wurde. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um drei Kontaktstellen; aber in einem Fall (Fall-Nr. 37259) war ein Kontakt zu neun verschiedenen Personen und Institutionen erforderlich (Schema Nr.17).



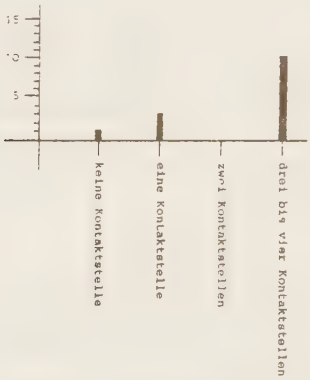
Angesprochene Kontakte bei den durch ärztliche Behandlung angestrebten Problemlösungen
Schema Nr. 17

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Fälle, die soziale Hilfen bei der Problemlösung erforderten; diese Situationen sind in der Liste Nr. 13 aufgeführt. In einem Fall dieser

19217	Kasse; Fachärztin; Hausarzt
28121	Klinikpsychiater; Hausarzt; Klinikpsychotherapeut; Dipl.-Psych.; Soz.Arb.d.AOK
32123	Sozialarbeiter der Krankenkasse
02229	Uni-Klinik; Hausarzt; Facharzt und Tochter
32230	Dipl.-Psych.; Soz.Arb.d.AOK und der Kirche
17243	Sozialarbeiter der Kasse; Klinikarzt und Hausarzt
12249	Hausarzt
15254	Kasse; VäD; Sozialarbeiter u. auswärtiger Sozialer Dienst
10255	Hausarzt; Fachhändler u. Sozialarbeiter der Kasse
36160	Hausarzt; Sanatoriumsärztin u. auswärtige Fahrschule
37265	Facharzt; VäD; Kasse und Arbeitgeber
20168	Sozialarbeiter der Kasse; Ehefrau und Kasse
27282	Facharzt
14283	∅

Angesprochene Kontakte zu den mit Hilfe von Kasse u. Sozialen Diensten angestrebten Problemlösungen
Liste Nr. 13

Gruppe wurde keine zusätzliche Verbindung aufgenommen, während bei drei Fällen je eine Kontaktstelle angesprochen wurde. Zu drei und auch vier Stellen wurde für insgesamt zehn Fälle dieser Gruppe mit 14 Patienten Verbindung aufgenommen, wie aus dem Schema Nr. 18 zu ersehen ist.



Angesprochene Kontakte zu den mit Hilfe von Kasse u. Sozialen Diensten angestrebten Problemlösungen

Schema Nr. 18

Diese Darstellungen bedeuten, daß für die Gruppe von Patienten, die durch Selbsthilfe charakterisiert ist, auch auffallend wenig vermittelnde Kontakte erforderlich waren. Für die anderen Gruppen, in denen die Problemlösungen weniger vom Patienten ausgingen - oder auch ausgehen konnten - wurden wesentlich häufiger Personen oder Institutionen um Hilfe bei der Problemlösung angegangen. Eine Auszählung der Kontakthäufigkeit hat jedoch nicht ergeben, daß deren hohe Zahl etwa ein Indikator ist für gelöste oder ungelöste Patientenanliegen.

Abschließend kann festgehalten werden, daß für die Gruppe der vom Patienten selbst initiierten Problemlösungen wenige

zusätzliche Verbindungen notwendig waren, während in den anderen Fällen, die eine Veränderung der Behandlung oder eine Erweiterung der Betreuung bedingten, auch bedeutend mehr Kontakte aufgenommen wurden.

7. Vorherige Anlaufstellen des Patienten

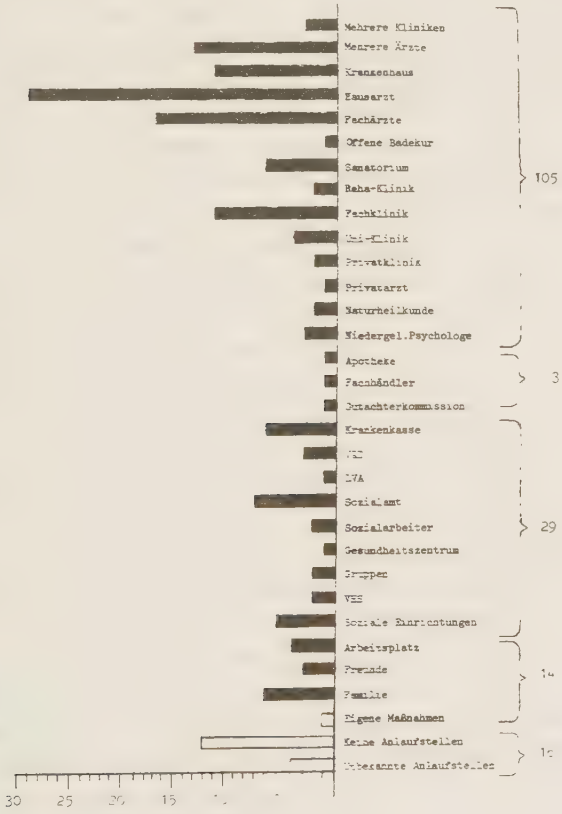
Außer einer Beschreibung des Problems, seiner Bearbeitung und seiner möglichen Lösung wurde in dieser Niederschrift anhand der Patientenprotokolle ebenfalls dargestellt, woher der Patient eigentlich gekommen ist; es wurde beleuchtet, wer dem Ratsuchenden empfohlen hat, sich mit der beratenden Ärztin der AOK in Verbindung zu setzen. Dabei wurde festgestellt, daß in 33 Fällen eine Anregung von Laien vorlag, während bei 48 Patienten eine berufliche Kompetenz vorgegeben war. - Bei dieser Schilderung blieb jedoch unberücksichtigt, was denn eigentlich der Patient zuvor unternommen hat, ehe ihm die Möglichkeit bekannt wurde, sich mit der beratenden Ärztin der AOK in Verbindung zu setzen. Eine nochmalige Durchsicht der Protokolle unter dem Gesichtspunkt dieser Patientenvorgeschichte läßt eine Antwort auf die gestellte Frage zu. Es sollen daher in diesem Abschnitt die vorherigen Anlaufstellen des Patienten beschrieben und graphisch dargestellt werden.

Bei dem Fall-Nr. xx181 handelte es sich ausschließlich um ein Kollegenproblem; eine vorherige Anlaufstelle entfällt für diese Situation. In 12 weiteren Fällen wurden - wie die Auswertung der Protokolle zeigt - ebenfalls keine vorherigen Anlaufstellen vom Patienten in Anspruch genommen: in der Situation des Patienten mit der Fall-Nr. 32123 wußte der Arbeitgeber von der Möglichkeit einer ärztlichen Beratung bei der Krankenkasse; im Fall-Nr. xx174 lag ein persönlicher Bekanntheitsgrad des Patienten bei der Krankenkasse vor; einen weiteren Fall hat die beratende Ärztin selbst aufgegriffen (Fall-Nr. 59145) und bei zwei Patienten waren die bestehenden Probleme bisher ausschließlich (!) in der Familie zu lösen versucht worden (Fall-Nrn. 11251 und 16158). In den anderen sieben Problemsituationen war den Betroffenen

aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis die Möglichkeit der ärztlichen Beratung bei der AOK bekannt (Fall-Nrn. 12161; 58263;16170;62175;26178;34180;63290), was eine direkte Kontaktaufnahme mit der beratenden Ärztin zur Folge hatte. - Bei vier der 81 Patienten bleib unbekannt, ob in der Vergangenheit eine oder mehrere Institutionen vom Patienten angesprochen worden waren, ehe sein Problem bei der beratenden Ärztin zur Sprache kam. -
Bei den verbleibenden 64 Fällen zeigt sich hinsichtlich der Frage nach den zuvor vom Patienten angesprochenen Einrichtungen ein wechselvolles und buntes Bild, das mühsam darzustellen ist. - Zur Verdeutlichung sei nochmals hervorgehoben, daß in diesem Abschnitt diejenigen Institutionen gemeint sind, die der Patient aufgesucht hat, bevor ein von wem auch immer angeregter Erstkontakt zur beratenden Ärztin der AOK hergestellt wurde, und bevor eine von wem auch immer vorgenommene Erstdefinition des Problems erfolgte. Wer die Anregung zum Aufsuchen eben dieser jetzt folgenden Anlaufstellen gegeben hat, ist in dieser Untersuchung unbekannt geblieben.

Sieht man von den oben geschilderten 17 Situationen ab, dann wurden von den verbleibenden 64 Patienten dieser Untersuchung 29 verschiedene Möglichkeiten aufgegriffen, um Hilfen in der belastenden Situation zu bekommen. Diese Möglichkeiten reichen von ausgeprägten und umfangreichen eigenen Bemühungen, von Hilfen im Familien- und Freundeskreis bis hin zum Arbeitsplatz mit häufigen Wechseln und neuer Arbeitsplatzsuche einschließlich Problembesprechung. Es folgen öffentliche soziale Hilfs- und Verwaltungseinrichtungen, die 29 mal um Hilfe angegangen wurden. Weitaus am häufigsten jedoch hat sich der Patient in dem Bereich der medizinischen Versorgung bewegt. Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler, ein Fachhändler und eine Apotheke wurden je einmal vom Patienten angesprochen. Von den Patienten wurde jedoch 105 mal angegeben, daß sie zuvor therapeutische - vorzugsweise ärztliche Einrichtungen entweder nacheinander oder auch gleichzeitig aufgesucht haben. Demnach haben 64 Patienten dieser Untersuchung insgesamt 150 mal ihr Problem

bei den verschiedensten Anlaufstellen vorgetragen. Und von diesen 150 Möglichkeiten sind 105 mal für ärztliche Versorgung zuständige Einrichtungen aufgesucht worden. Dabei ist nicht sicher, ob tatsächlich alle Anlaufstellen von der



Darstellung
der vorherigen Anlaufstellen

Schema Nr. 19

beratenden Ärztin erfaßt wurden, und ob im anamnestischen Gespräch mit dem Patienten auch alle seine Anlaufstellen von ihm genannt wurden. Außerdem kann in dieser Beschreibung nur festgehalten werden, welche verschiedenen Einrichtungen

von den Patienten aufgesucht wurden. Es muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, gar wie oft die einzelnen Institutionen angesprochen wurden!

Aus der Veranschaulichung dieser Situation in dem Schema Nr. 19 kann gefolgert werden, daß der Patient entweder von dem vorhandenen Angebot existierender Institutionen fleißig Gebrauch macht, oder daß er wegen seines nicht gelösten bzw. nicht losgewordenen Problems eine Einrichtung nach der anderen in der Hoffnung auf Hilfe anspricht. Diese Darstellung einer Fülle von Patientenversuchen soll nicht verabsäumt werden, weil sich die Bemühungen des Patienten um Hilfe in der überragenden Mehrzahl auf dem ärztlichen Sektor bewegen. Der Patient versucht offensichtlich für sein hier vorgestelltes Problem von seinem Arzt, von den für ihn zuständigen ärztlichen Einrichtungen Hilfen zu bekommen. Das Schema Nr. 19 zeigt, daß allein 29 mal der Hausarzt als vorherige Anlaufstelle vom Patienten angegeben wurde. - Für die in dem Schema Nr. 19 benutzte Bezeichnung 'mehrere Ärzte' sei erläuternd angemerkt, daß von den Patienten (zum Teil sogar gleichzeitig!) mehrere Ärzte sowohl mit Krankenschein wie auch gegen Privatliquidation (!) aufgesucht wurden, während ein Aufsuchen der Fachärzte mit Überweisungsscheinen erfolgte. Mit der benutzten Bezeichnung 'mehrere Kliniken' ist gemeint, daß die Patienten - nicht zuletzt auch über ärztliche Wochenenddienste - versucht haben, in verschiedenen Krankenhäusern untersucht und behandelt zu werden. Eine detaillierte Durchsicht der Protokolle gibt zu verstehen, daß manche Patienten fünf oder sechs verschiedene medizinische Institutionen in unbekannter Häufigkeit aufgesucht haben (Fall-Nrn. 26148;41256), während andere Patienten wiederum bei jeder sich nur bietenden Bagatellerkrankung (Fall-Nr. 59116) zum Hausarzt gegangen sind, um bei dieser Gelegenheit vielleicht eine Möglichkeit zu finden, über ihr tatsächliches, sie belastendes Problem zu reden. Diesen Situationen stehen die Fälle gegenüber, in denen außer einer Behandlung des Patienten durch den Hausarzt oder den Facharzt versucht wurde, die krankheitsbedingten Probleme innerfamiliär auszugleichen und zu lösen (Fall-Nrn. 11251,

16158,34162,16170,30189 und andere mehr).

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, daß von den 81 Patienten dieser Untersuchung 64 Patienten (79 %) bei 29 verschiedenen Institutionen nach Möglichkeiten gesucht haben, über das sie belastende Problem zu sprechen und Lösungshilfen zu bekommen. Von diesen 29 verschiedenen Möglichkeiten gehören 14 in den Bereich der medizinischen Versorgung.

Teil IV Z U S A M M E N F A S S U N G

In dieser Arbeit werden Entwicklungen beschrieben, die neben den beobachteten Institutionalisierungstendenzen innerhalb der bestehenden Systeme die Notwendigkeit zeigen, einer gegebenen Beratungsbedürftigkeit des Einzelnen zu entsprechen. Es wird daher der Typus einer ärztlichen Tätigkeit vorgestellt, dessen Inhalt die Beratung eines betroffenen Individuums ist. Nicht Prävention oder Rehabilitation sind mit dieser Form ärztlichen Handelns gemeint; ebenso liegt das Gewicht nicht auf Diagnostik und Therapie oder auf irgendeiner der bekannten Formen medizinischer Begutachtung bzw. Beurteilung. Es handelt sich ausschließlich um sozialmedizinische B e r a t u n g , die hier als Modell vorgestellt wird.

Grundlage dieser Tätigkeit ist die Sozialgesetzgebung. Sowohl im BSHG von 1962 wie in der RVO in den §§ 368 s und 369 b, im § 3 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes von 1974 und im § 14 des Allgemeinen Teiles des Sozialgesetzbuches von 1976 wird die persönliche Beratung des Einzelnen durch den Leistungsträger als "vornehmste" Form der Hilfe angesehen, auf die ein klagbarer Rechtsanspruch besteht. Ausgeübt wird diese sozialmedizinische Tätigkeit im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses als beratende Ärztin einer AOK. Gegenstand der Beratungsarbeit sind die durch Krankheit entstandenen Folgeprobleme einzelner Versicherter. Voraussetzung für diese Form sozialmedizinischer Beratung ist eine stete Zusammenarbeit mit allen an der ärztlichen Versorgung beteiligten Personen und Einrichtungen, wie ebenso eine garantierte Unabhängigkeit gegenüber Vorstand und Geschäftsführung der arbeitgebenden und damit weisungsberechtigten Krankenkasse in der weisungsungebundenen Ausübung sozialmedizinischer Beratungstätigkeit. Es wird zu klären sein, welche Ergebnisse eine so gestaltete ärztliche Beratung zeitigt.

Die Beschreibung der sozialmedizinischen Beratungstätigkeit geschieht anhand von 81 Patientenprotokollen, die in einem Zeitraum von vier Monaten aufgenommen wurden. Diese Protokolle enthalten Daten aus der medizinischen, persönlichen und sozialen Vorgeschichte des Patienten, und sie beschreiben neben der Arbeit an der jeweiligen Problemstellung auch den Verlauf über einen Zeitraum von 18 Monaten. Der in dieser Art der Patientenarbeit erforderliche Zeitaufwand wird mit 45 bis 50 Minuten für ein Erstgespräch beobachtet, während der Gesamtaufwand an Zeit für die Bearbeitung eines Falles im Durchschnitt mit 2 1/2 Stunden angegeben werden kann - von komplizierten und damit zeitaufwendigeren Fällen abgesehen. -

1. Personenkreis

Die Auswertung der vorliegenden 81 Protokolle weist 51 weibliche (63 %) und 30 männliche Patienten (37 %) aus, deren Geburtsjahrgänge 29 mal, d.h. in 36 % der Fälle, in die Jahre von 1929 bis 1937 fallen bei einer Jahrgangsverteilung von 1900 bis 1964. Von diesen 81 Personen sind 50 (62 %) verheiratet. Bei den 14 ledigen Patienten (17 %) fiel auf, daß trotz einer großen Streubreite bezüglich ihrer Geburtsjahrgänge 11 von diesen ledigen Personen mit Beginn der Untersuchung bei ihren Eltern lebten. -

Als Krankenversicherungsträger ist bei den 81 Patienten 72 mal die AOK gesichert (89 % der Fälle). -

Bei der Auszählung nach der Zugehörigkeit zur Nationalität wurden 5 ausländische Patienten (6 %) beobachtet, bei einem Ausländeranteil von 14 % im gesamten Mitgliederbestand dieser Ortskrankenkasse. -

Hinsichtlich bestehender Arbeitsverhältnisse wird entsprechend dem Versicherungsverhältnis deutlich, daß Rentner, Arbeiter und Hausfrauen mit 60 Fällen (74 %) den größten Patientenanteil bilden, während Angestellte, Selbständige, Beamte, Auszubildende und Schüler nur in geringer Zahl vertreten sind. Insgesamt sind 33 der 81 Personen (41 %) erwerbstätig; 5 Personen sind in der Ausbildung (6 %); 24 mal (30 %) sind Rentner und 18 mal (22 %) sind Hausfrauen vertreten; ein Empfänger von Arbeitslosenunterstützung ist in

dieser Untersuchung nicht aufgefallen. -

Die Initiative, die beratende Ärztin der AOK aufzusuchen, ging in 33 Situationen (41 %) vom Patienten und seinem Umfeld (Arbeitsplatz, Freunde und Familie) aus - also von einer Anregung durch medizinische Laien. Die hierfür erforderlichen Informationen kamen bei diesen 33 Patienten zu zwei Drittel aus deren Umfeld (27 %), während bei dem weiteren Drittel (14 %) Eigeninformationen vorlagen. -

Demgegenüber wurden 49 Fragestellungen (61 %) entweder von Krankenkassenmitarbeitern oder von Ärzten definiert; 32 Patientensituationen dieser Gruppe (40 % der Gesamtfallzahl) wurden von Krankenkassenbeschäftigten vorgetragen, während die Probleme von 17 Personen dieser Gruppe (21 % der Gesamtfallzahl) von Ärzten zur Bearbeitung zugewiesen wurden. Die Überschreitung der Prozentangaben ist dadurch entstanden, daß ein Patient dieser letztgenannten Gruppe zur gleichen Zeit von zwei Instanzen (Krankenkasse und Arzt) avisiert wurde; d.h. 48 Patientensituationen wurden 49 mal vorgetragen. -

2. Vorgetragene Probleme

In 17 Fällen (21 %) war ein Arzt der Erstdefinierende des bestehenden Problems; überwiegend handelte es sich in diesen Situationen zunächst um eine Verbindung von ärztlichen und versicherungsrechtlichen Sachfragen. Neben diesen sachlichen Anlässen für eine Problemdefinition wurden jedoch zugleich Überlagerungen spürbar, die den emotionalen Anteil des Definierenden an der definierten Fragestellung widerspiegelten. Genauer gesagt, es wurde ein um die Sachfrage herum sich gruppierendes Interaktionsgeschehen deutlich. Gefühle von Verärgerung, Ohnmacht und Resignation bis hin zu Betroffenheit und Hilflosigkeit wurden beim Arzt durch die Patientensituation geweckt und zugleich wieder abgegeben. Denn die Arbeit an diesen Fragen gehört nach den innerhalb der ärztlichen Versorgung geltenden Regeln in einen anderen ärztlichen oder psychosozialen Fachbereich hinein, für den sich der definierende Arzt nicht zuständig fühlt - oder für

den er nicht zuständig sein zu müssen glaubt. In derartigen Situationen wurde das anstehende Problem (des Patienten) mitsamt seinen Überlagerungen dem Gesetz eines "ut aliquid fiat" folgend, abgegeben. -

Auf den ersten Blick besteht die Vermutung, daß Ähnliches auch für diejenigen Patienten gilt, für die eine Erstdefinition des Problems durch die Mitarbeiter der Krankenkasse erfolgte. -
In dieser Gruppe von 32 Patienten (40 % der Gesamtfallzahl) wurde 21 mal (26 %) eine Stellungnahme zur ärztlichen bzw. kassenärztlichen Versorgung vom Verwaltungsmitarbeiter erbeten. Auslösend für diese Fragestellung war der Patient als Versicherungsnehmer mit seiner Krankheit, seinen dazugehörigen Fragen, Vorstellungen, Wünschen und Forderungen vor Beginn oder nach Beendigung einer Behandlung. Adressat dieser Patientenfragen ist der Mitarbeiter der Krankenkasse, der für Entscheidungen auf der Grundlage sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen zuständig ist. Damit ist der Krankenkassenmitarbeiter zunächst in dem Bereich seiner eigenen beruflichen Kompetenz angesprochen. Zugleich aber wird er durch die Patientenfragen hineingezogen in einen Bereich medizinischer Entscheidungen, für die er nicht kompetent ist - und für die er trotz aller seiner eigenen beruflichen und persönlichen Erfahrungen auch nicht kompetent sein kann. Bei diesen von Krankenkassenmitarbeitern vorgelegten Fällen ist also der Erstdefinierende zuständig für einen Teilbereich eines Problems, dessen andere Hälfte er zwar sieht, für die er aber tatsächlich nicht zuständig ist. Im Zusammenspiel zwischen seinem persönlichen Reagieren auf den Versicherten, seiner menschlichen Hilfsbereitschaft und seiner beruflichen Aufgabe als Vertreter eines Garanten von Hilfeleistungen gerät der Mitarbeiter der Krankenkasse in einen Konflikt, der sich bei einer Problemdefinition gegenüber der beratenden Ärztin niederschlägt. -

Zeigen somit die vorgetragenen Probleme beim zuweisenden Arzt eine breite Skala emotionaler Reaktionen, so ist die Situation beim Krankenkassenmitarbeiter charakterisiert durch

den beschriebenen Konflikt. -
Wie bereits erwähnt wurden in dem genannten Zeitraum 21 Patientensituationen (26 %) von Versicherungsmitarbeitern vorgetragen; in 13 von diesen 21 Fällen - also in mehr als der Hälfte dieser Fälle - wurde die eben beschriebene Konfliktsituation deutlich. In den anderen 8 Fällen waren maßgeblich kasseninterne Regelungen beteiligt, oder die beratende Ärztin wurde wegen auffälligen Patientenverhaltens eingeschaltet. -

Es ist bekannt, daß die Ortskrankenkassen seit einigen Jahren Sozialarbeiter beschäftigen. Zum Unterschied zu den Versicherungsfachleuten stehen diese ebenso wie die beratende Ärztin in einer durch den Beruf gegebenen Vertrauensbeziehung zum Klienten. Von den 32 Patienten aus der Gruppe der Krankenkassenbeschäftigten sind in dieser Untersuchung 11 Situationen als Folge einer regelmäßigen Zusammenarbeit mit diesen Sozialarbeitern der AOK und mit Psychologen bekannt geworden. Diese Zusammenarbeit ist erforderlich geworden, weil sich beim zu betreuenden und zu beratenden Patienten soziale, psychische und ärztliche Fragen jeweils überschneiden. -
Auch bei diesen 11 Patienten (14 %) erscheint das vorgetragene Problem zuerst als eine medizinische Sachfrage. Den Mitarbeitern in diesem Team sind jedoch die möglichen und mehrschichtigen Überlagerungen einer Situation aus den emotionalen Bereichen aller am Problem Beteiligten vertraut. Daher können bei den Teambesprechungen eigene Nichtzuständigkeiten und eigene Unsicherheiten in der Auseinandersetzung mit einer Patientenangelegenheit verbalisiert werden. Außerdem dürfte dieses Team zusätzlich charakterisiert sein durch das Bemühen, immer an der Patientensituation zu bleiben, und bestehende Institutionen als Hilfseinrichtungen zu betrachten. -

Von den bisherigen Beobachtungen weicht das Bild in der Personengruppe ab, in der die erste Schilderung belastender Fragen gegenüber der beratenden Ärztin durch den Patienten selbst erfolgte. Bei diesen 33 Fällen (41 %) wurde 21 mal der betroffene Patient von sich aus initiativ und 12 mal

aufgrund einer Anregung aus seinem Umfeld. Das vorgetragene Problem war in der Mehrzahl wiederum eine medizinische Sachfrage. Aber dieses Fragen des Patienten ist gekennzeichnet durch seine eigenen Gefühle; seine Angst, seine Hoffnung, seine Unsicherheit oder sein Gefühl von Peinlichkeit prägen das Bild. Konnten die Probleme für die erstgenannten Patientengruppen aus welchen Motiven heraus auch immer weitergegeben werden, um eine Lösung in Gang zu bringen, so geht es in dieser letztgenannten Gruppe darum, daß der Patient sein Anliegen und sein damit verbundenes Gefühl von Angst und Unsicherheit selbst verbalisieren muß. Der Patient kann nicht sich und seine Belastungen delegieren, sondern er muß sich selbst mit dieser seiner eigenen Beratungsbedürftigkeit auseinandersetzen, eigene Ängste zuvor überwinden, um dann seine Situation zu schildern. Besteht also für die beiden erstgenannten Gruppen die Möglichkeit, durch Patientenanliegen entstandene Sachfragen und damit verbundene, wenn auch recht unterschiedliche Gefühle weiterzugeben, so muß in der letztgenannten Gruppe erst einmal Problembewußtsein entwickelt und Leidensdruck formuliert werden können, ehe eine Problemdefinition erfolgen kann. -

Die Frage nach dem Problem des Patienten kann anhand der gemachten Beobachtungen nur noch differenziert beantwortet werden. - Weitaus in der Mehrzahl gehört die der beratenden Ärztin vorgetragene Fragestellung in die einander berührenden Gebiete von ärztlicher Versorgung und damit verbundenen Kostenfragen sowie zu den krankheitsbedingten Informationsbedürfnissen des Betroffenen selbst. Ausgesprochen selten ist die primäre Aufmerksamkeit bereits in der Fragestellung auf die mit dem Kranksein verbundenen psychosozialen Belange gerichtet; das gilt für alle drei Patientengruppen. Erst mit dem Hinterfragen der individuellen Situation werden seelische und soziale Gegebenheiten als zusätzliche Belastungen erkennbar. Es ist daher wichtig, eine Differenzierung nach den einzelnen Sichtweisen vorzunehmen. Da für Arzt, Kasse und Patient das gleiche Problem voneinander differierende Bedeutungen hat, differieren auch die Definitionen. Dies wird deutlich gemacht durch das Herausarbeiten der jeweiligen

Problemüberlagerungen. In der Auswertung der Protokolle kam es darauf an, nicht nur linear einer Fragestellung durch Arzt, Kasse oder Patient bezüglich Behandlung oder Kosten zu folgen, sondern dem nachzugehen, worunter der betroffene Versicherte leidet, und was seine Beratungsbedürftigkeit kennzeichnet. Dabei hat sich herausgestellt, daß in fast allen Fällen dieser Untersuchung ungelöste Grenzsituationen zwischen Krankheit und deren psychosozialen Folgen eine Ratlosigkeit beim Patienten aufkommen lassen, die zu seiner Beratungsbedürftigkeit führt. Außerdem kann von einem Unzufriedenheitspotential gesprochen werden, das aus den unterschiedlichen Zuständigkeiten der einzelnen, an der ärztlichen Versorgung Beteiligten gespeist wird sowie aus einer vom Patienten vermißten Nähe zum Arzt trotz einer inzwischen erreichten Arztdichte. -

3. Problembearbeitung

Um diesen geschilderten Zusammenhängen in der ärztlichen Beratungssituation nahezukommen, werden Methoden angewandt, die in der Psychotherapie üblich sind. Zum setting gehörende räumliche und zeitliche Voraussetzungen sowie fehlende äußere ärztliche Attribute sollen dem Patienten einen "angstfreien Raum" vermitteln. Die Art der Gesprächsführung hat als Ziel, den Patienten in seinen wägbaren und unwägbaren subjektiven Momenten wahrzunehmen. Es wird daher die Form des Interviews angewandt, um mit sog. "weichen Fragen" beginnend späterhin durch "harte Fragen" fokussieren zu können. Dabei ist ein Pendeln zwischen Identifikation und Interpretation im Bemühen um ein Verstehen des Patienten unerläßlich. Gleichzeitig wird in der Beratungssituation beachtet, den Patienten die ärztlicherseits erforderliche "Versagungshaltung" in jeder Gesprächsphase spüren zu lassen. -

Neben diesen ärztlichen Anforderungen sind gleicherweise seitens des Patienten Voraussetzungen für eine gemeinsame Problembearbeitung erforderlich. Es hat sich gezeigt, daß der zur Beratung kommende Patient in der deutlichen Mehrzahl der Fälle bereit ist, in dem beratenden Gespräch aktiv mit-

zuarbeiten. Das Suchen nach einem Gespräch charakterisiert den Betroffenen mehr als die Gewohnheit, weitere Direktiven in Empfang zu nehmen. Daher kommt es in der Interviewsituation nicht nur zum Erheben anamnestischer Daten. Mit der patientenorientierten Gesprächsführung werden die verschiedensten Aspekte einer Lebenssituation sichtbar, und es entwickelt sich beim Patienten ein zunehmendes Verstehen seiner eigenen gestörten körperlichen Funktionsabläufe und deren Auswirkungen auf persönliche, familiäre und berufliche - also psychosoziale Bereiche. Wenn es erforderlich oder erwünscht ist, nehmen Angehörige und Freunde an dieser Gesprächsarbeit teil. Auch werden Mitarbeiter der Krankenkasse wie behandelnde Ärzte in das Gespräch um das Patientengeschehen einbezogen, wenn der Betreffende damit einverstanden ist. Es wurde darauf hingewiesen, daß auf diese eigenen Entscheidungen des Patienten besonderer Wert gelegt wird, weil sie seine eigene Verantwortlichkeit ebenso berühren wie die ärztliche Geheimhaltungspflicht. -

Mit dieser Arbeitsweise wird versucht, denjenigen Bereichen zu entsprechen, auf die sich die Beratungsbedürftigkeit erstreckt. Es konnte gezeigt werden, daß die Bearbeitung eines Problems in einem Bereich nur selten vorkommt. In 37 von 81 Patientensituationen (in 46 % der Fälle) war es notwendig, auf somatische, psychische und soziale Fragestellungen einzugehen, während in 41 Patientensituationen (51 %) je zwei Bereiche in die Bearbeitung einbezogen wurden. -

Ungeachtet der berührten Sachbereiche erscheint die zusätzliche Beobachtung wichtig, daß sich während der gemeinsamen Beratungsarbeit eine Beziehung zwischen Arzt und Patient entwickelt. Die Rückmeldungen zeigen, daß aus der entgegengebrachten Empathie Gefühle wie "Angenommen-Sein" und "Verstanden-Werden" erwachsen. Diese in der Gesprächssituation entwickelten Gefühle, die dem Patienten Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, wirken ebenfalls bestimmend auf den Ausgang der Problembearbeitung, indem sie den Patienten zu eigenständigen Entscheidungen und Lösungsschritten befähigen. -

4. Problemlösung

Das Ergebnis der geleisteten Beziehungs- und Beratungsarbeit zeigt sich in der anschließenden Beschreibung einer Problemlösung. Für die Benutzung dieses Begriffs muß hervorgehoben werden, daß nicht objektiv meßbare Veränderungen bestehender körperlicher, seelischer oder sozialer Beeinträchtigungen die entscheidenden Parameter darstellen. Es sind die subjektiv erlebten Veränderungen der persönlichen Lebenssituation, die von den Betroffenen in den Rückmeldungen ausgesprochenen Gefühle von Lebensfähigkeit und Leistungsfreude, die den entscheidenden Maßstab für die Verwendung des Begriffs einer Problemlösung setzen. Der Patient hat damit weitestgehend selbst definiert, was er unter einer Lösung seiner Probleme versteht. -

Gleichzeitig aber läßt diese spezielle Form einer sozialmedizinischen Beratung, die ein Intervenieren in aktueller Beratungsbedürftigkeit bedeutet, eine Verlaufsbeobachtung zu: die Auflösung der Beratungsbedürftigkeit des Patienten wird einer Problemlösung gleichgesetzt, wenn im Vergleich mit dem Zustand, in dem der Patient zuvor gekommen ist, nun ein real erfahrener besserer Zustand beobachtet wird. Von ungelösten Situationen wird in den Fällen gesprochen, in denen das Problem persistiert, in denen trotz sozialmedizinischer Beratung und trotz enger Zusammenarbeit mit den bestehenden Einrichtungen keine Veränderung beobachtet werden konnte. -

Aus den dieser Studie zugrundeliegenden 81 Protokollen geht hervor, daß 9 Patienten (11 %) in dem Zeitraum bis zu dieser Niederschrift verstorben sind. Als ungelöst, unlösbar oder im Lösungsbemühen noch nicht abgeschlossen müssen 19 Situationen (23 %) angesehen werden. Demgegenüber kann bei 53 Patienten von Lösungen gesprochen werden - d.h. in 65 % der vorgelegten Fälle. Von diesen 53 Patienten wiederum haben 33 Personen (41 %) nach der Beratungsarbeit die Lösung selbständig angestrebt; in 18 von diesen 33 Fällen (22 % der Gesamtfallzahl) ließ sich das Bemühen um eine Lösung der belastenden Probleme zurückverfolgen auf eine Vermittlung durch

Laien. Bei 20 der 53 Patienten (25 % der Gesamtfallzahl) wurde durch Veränderung des ärztlichen Behandlungskonzeptes oder durch Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen eine Verbesserung der Lebenssituation erreicht. -

Aus diesen Beobachtungen läßt sich erkennen, daß in der hier vorgestellten Untersuchung weder Arzt noch Sozialarbeiter die Probleme eines Patienten lösen, sondern daß ihnen helfende und stützende Funktion zukommt, wenn sich infolge zugewandter Beratungsarbeit die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln im Patienten entwickelt, und somit Hilfe zur Selbsthilfe geleistet wird. -

5. Kontakte

Obwohl dargestellt werden konnte, daß der Patient in der Mehrzahl der Fälle die Lösungen selbst initiiert hat, so hat die Untersuchung gleichfalls gezeigt, daß nicht alle notwendigen und zu einer Veränderung hinführenden Maßnahmen vom Patienten selbst eingeleitet werden konnten. In einem anschließenden Abschnitt werden daher die erweiternden Kontakte vorgestellt, die von der beratenden Ärztin für die nachfolgenden Schritte als sinnvoll erachtet wurden. Es sind damit diejenigen, im Gespräch mit dem Patienten notwendig werdenden Aktivitäten gemeint, um einerseits mehr und genauere Informationen einzuholen, und um andererseits für den Patienten allein nicht herzustellende Kontakte vorzubereiten. Nicht gemeint sind die ohnehin durch Erstdefinition und Rückmeldung gegebenen Verbindungen sowie begleitende kollegiale Gespräche mit Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen. Die Auswertung der Protokolle veranschaulicht, daß die Art der aufgenommenen Kontakte sich nicht auf den Sektor der für Helfen und Heilen zuständigen Berufsgruppen begrenzt, sondern daß eine Vielfalt an zusätzlichen Kontakten zu Personen und Institutionen vorliegt, wobei allerdings die Gespräche mit Arzt in Klinik und Praxis wie gleichermaßen mit dem Sozialen Dienst im Vordergrund stehen. Abschließend konnte außerdem festgehalten werden, daß für die Gruppe der vom Patienten selbst initiierten Problemlösungen

wenige zusätzliche Verbindungen notwendig waren, während für die Situationen, die eine Veränderung der Behandlung oder eine Erweiterung der Betreuung erforderlich machten, auch bedeutend mehr Kontakte aufgenommen werden mußten. -

Um das Bild weiterhin abzurunden, wurde versucht, diejenigen in der Anamnese bekanntgewordenen Kontakte zusammenzustellen, die vom Patienten eingegangen worden waren, ehe er die sozialmedizinische Beratung in Anspruch genommen hat. - Die Auswertung dieser vorherigen Anlaufstellen zeigt in der Zusammenfassung, daß in 13 Fällen (16 %) keine vorherigen Verbindungen aufgenommen wurden; in 4 Fällen (5 %) blieb unbekannt, ob in der Vergangenheit eine oder mehrere Institutionen vom Patienten angesprochen wurden. Dagegen hatten 64 Patienten (79 %) insgesamt 29 verschiedene Möglichkeiten "ausprobiert". Von diesen 29 genannten Möglichkeiten entfallen 14 in den Bereich der unmittelbaren ärztlichen Versorgung, während weitere 12 Institutionen durch ärztliche oder soziale Kompetenz gekennzeichnet sind; nur drei der genannten Anlaufstellen gehören in den Laiensektor. -
Bei diesen 29 Anlaufstellen haben 64 Patienten ihr Problem 150 mal vorgetragen. Und davon wiederum sind 105 mal für ärztliche Versorgung zuständige Institutionen aufgesucht worden. Mit welcher Häufigkeit diese Kontakte benutzt wurden, ist in dieser Untersuchung nicht ausgewertet worden. -

6. Schlußfolgerungen

Die vorgelegte Auswertung der Protokolle verdeutlicht die Notwendigkeit, den einzelnen Patienten zu beraten. Sie gilt daher als Indikation für die sozialmedizinische Beratung. Die Auswertung der Protokolle zeigt ferner, daß der Patient seine Beratungsbedürftigkeit erkennt, und viele Einrichtungen, vornehmlich im Bereich der ärztlichen Versorgung um Hilfe anzugehen versucht. Da die bestehenden Nöte fast ausnahmslos in Verbindung mit Krankheit auftreten - und zwar in Verbindung mit zumeist chronisch verlaufenden Krankheitsprozessen -, sucht der Patient die beratende Nähe vorzugsweise beim Arzt. Folglich bietet es sich an, diesem Bedarf von ärztlicher Seite her zu entsprechen. -

Für eine ergebnisorientierte Beurteilung sozialmedizinischer Beratungstätigkeit läßt sich im wesentlichen nur der beim Patienten erreichte Zufriedenheitsgrad heranziehen. Es kann als Ergebnis gewertet werden, wenn sich die subjektive Befindlichkeit des Patienten nach der Beratung deutlich von der Ausgangssituation unterscheidet, in welcher der Patient die Beratung gesucht hat. Diese Beobachtung wird unterstrichen dadurch, daß der Patient das Beratungsgeschehen meistens selbst beendet, weil sich sein Zustand - für ihn erlebbar - verändert hat. -

Diese sich am Patienten orientierende Bewertung der Ergebnisse wird erweitert durch die ärztlichen Verlaufsbeobachtungen. Sie ermöglichen, die Episode der Beratungsbedürftigkeit dann als abgeschlossen zu betrachten, wenn sich der Patient in einem objektiv faßbaren besseren Zustand befindet als zuvor. Das Feedback des Patienten hinsichtlich seiner verstärkten Lebensfähigkeit und Leistungsfreude bedeutet damit zugleich ein Ergebnis hinsichtlich des angestrebten Zieles der sozialmedizinischen Beratung in Form einer Hilfe zur Selbsthilfe. -

Für die Krankenkasse hat die angebotene sozialmedizinische Beratung die Bedeutung eines Beitrages zur Öffentlichkeitsarbeit. Durch das Erkennen von ungelösten Situationen bei persönlicher Betroffenheit infolge Krankheit wird mit dem Angebot sozialmedizinischer Beratung wichtige individuelle Öffentlichkeitsarbeit geleistet. Diese wirkt sich aus auf das Image der Krankenkasse und sie zeitigt Ergebnisse hinsichtlich der Public Relations. Weiterhin wird in der sozialmedizinischen Beratung eine für Kostenträger denkbare Einrichtung gesehen, um eine auf den einzelnen Fall bezogene Zusammenarbeit mit anderen, bereits existierenden Institutionen - insbesondere mit dem Vertrauensärztlichen Dienst - sicherzustellen. -

Durch zunehmende Arztdichte und ausgedehnte Fächerspezialisierung ist eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs und eine Ausdehnung der durch den Arzt vermittelten Sozialleistungen

entstanden. Diese Entwicklung hat dem Arzt eine bedeutsame Rolle im Verteilungsprozeß (Umverteilungsprozeß) zukommen lassen. Die vorgestellte ergänzende medizinische Tätigkeit mindert die Überforderung der einzelnen Partner im System der ärztlichen Versorgung. Sie erlangt für den Arzt in Klinik und Praxis ergebnishaften Stellenwert, da sie auf einer Zusammenarbeit beruht, die sich - unabhängig von den geltenden Vertragsbestimmungen - am einzelnen Fall mit seiner entwicklungsbedingten, "künstlich" erzeugten Hilfsbedürftigkeit orientiert.

Teil V D I S K U S S I O N D E R E R G E B N I S S E

In dem letzten Abschnitt wurde die Wirksamkeit sozialmedizinischer Beratung anhand der beobachteten Ergebnisse nachzuweisen versucht. Dabei wurde von dem Kausalitätsmodell ausgegangen, d.h. daß die bestehende Beratungsbedürftigkeit als Ursache für eine Beratung mit nachfolgender Problemlösung als Wirkung anzusehen ist. Diese Wirkung läßt sich in ihrem Erfolg jedoch nur durch Zuhilfenahme der Feedbackinformationen seitens des Patienten ausdrücken. Sein Grad von Zufriedenheit wurde als wesentlicher Parameter für eine Problemlösung herangezogen, weil sich die erbrachte ärztliche Leistung einer direkten Meßbarkeit entzieht. Wie in anderen Bereichen der Medizin auch - abgesehen von dem Fachgebiet der Labormedizin - läßt sich Beratung nicht eindeutig in ihren Ursache-Wirkung-Beziehungen festlegen, beobachten und messen. Selbst jede vorsätzlich induzierte Verlaufsbeobachtung bedeutet mit einer Aktivität auf der ärztlichen Seite eine Ursache, die in Form einer neuerlichen Intervention und einer neuerlichen Beratungssituation auch eine nachfolgende neuerliche Wirkung haben müßte. Für eine Bewertung herangezogen werden können also allenfalls die spontan erfolgten Rückmeldungen und Verlaufsbeobachtungen. Zwar wird der Zufriedenheitszustand eines Patienten stets primärer Beurteilungsmaßstab für die Wirksamkeit einer ärztlichen Leistung bleiben, doch lassen sich weder dieser noch die eigentliche Beratungsarbeit in exakten Begriffen definieren und in quantifizierenden Größen messen.

Ausgangspunkt der sozialmedizinischen Beratungsarbeit ist der beim Patienten bestehende Bedarf. Da es nicht möglich ist, Qualität und Wirksamkeit einer medizinischen Beratung nur nach ihren Ergebnissen zu beurteilen und zu messen, ist es nach medizinsoziologischen Gesichtspunkten notwendig, die eingesetzten Mittel zu prüfen und den Ablauf des Prozesses zu beobachten. Aus den Veröffentlichungen zur Qualitätsbeurteilung ärztlicher Leistungen von H.U. SENFTLEBEN

und P. SWERTZ[175] geht hervor, daß sowohl Struktur- wie auch Prozeßbeobachtungen methodisch prüfbar sind. Mit dieser Prüfbarkeit entsprechen sie einer erforderlichen Realitätsnähe. Es müssen daher Strukturmerkmale und Elemente des Prozeßablaufs herausgearbeitet werden, die als Entwurf für eine Beurteilung sozialmedizinischer Beratung herangezogen werden können.

Diejenigen Kriterien, die für die Struktur der sozialmedizinischen Beratung beobachtet werden können, haben gleichen Rang hinsichtlich ihrer Wertigkeit. Als charakteristisch sind einmal die ärztliche Ausbildung wie der zusätzliche Erwerb einer psychosozialen Kompetenz anzusehen, wobei beide Strukturmerkmale verbindlich gebunden sind an ständige Weiterbildung. Ebenso gehören stete Zusammenarbeit mit allen für die ärztliche Versorgung zuständigen Einrichtungen sowie Supervision zur eingesetzten Organisation. -
Zum anderen sind jene Arbeitsplatzbedingungen von gleichrangiger Bedeutung, die eine Freistellung durch die Kasse und eine Weisungsungebundenheit gegenüber der Kasse hinsichtlich der Ausübung dieser Aufgaben garantieren. Ebenso wird in der Unabhängigkeit gegenüber finanziellen Belangen durch Regelung der Bezüge ein wesentliches Sturkturmerkmal gesehen. -
Mit der Präzisierung: "beratende ärztliche Tätigkeit" wird schließlich eine weitere maßgebende Strukturkonstante hervorgehoben, die klar herausstellt, daß weder Diagnostik noch Therapie beabsichtigt sind. Damit verbunden ist zugleich die Freiheit von Beurteilungszwängen hinsichtlich sozialer oder wirtschaftlicher Folgen für den Patienten (Arbeitsunfähigkeit, Lohnfortzahlung u.ä.).

Nur ein gleichgewichtiges Zusammenwirken dieser eingesetzten Mittel verspricht eine patientengerechte sozialmedizinische Beratung.

Diese eingesetzten Mittel wirken sich auf diejenigen Vorgänge aus, die zwischen Arzt und Patient ablaufen. Da sie einer Beobachtung zugänglich sind, können sie ebenfalls als

Bewertungsmaßstab herangezogen werden.

Primäres Kennzeichen eines beginnenden Prozesses ist die Tatsache, daß der Patient - von unterschiedlichen Seiten aufmerksam gemacht - überhaupt kommt. Da keine Aufforderung oder Vorladung erfolgt, handelt es sich um eine wenn auch eingeengte eigene Entscheidungsmöglichkeit des Patienten, die seine aktive Rolle für den folgenden Prozeß bereits hervorhebt. Dem Patienten ist weiterhin bekannt, daß eine Beratung, d.h. keine Diagnostik oder Therapie erfolgt. Damit ist der Rahmen für das, was zwischen Arzt und Patient geschieht, vorgegeben; er bewirkt beim Patienten eine vorstrukturierte Erwartungshaltung gegenüber dem Arzt.

Durch das Einbringen der oben geschilderten Strukturmerkmale in das Beratungsgespräch - insbesondere bei einer gegebenen psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz des Beraters - läuft zwischen Arzt und Patient ein Prozeß ab, der sich zwischen einem ärztlichen Annehmen einerseits sowie einem Angenommen-Sein und Verstanden-Werden andererseits bewegen soll. Dieser an verfügbare Zeit gebundene Vorgang löst eine Vertrauensbeziehung aus; d.h. in der Situation der Beratungsbedürftigkeit entwickelt sich zwischen Arzt und Patient eine intakte und damit belastbare Beziehung, die sich an Haltung, Mimik und Gebärde des Patienten ebenso beobachten läßt wie an seiner nachfolgend verbalisierten Bereitschaft - z.B. beim Verzicht auf eine Leistung. Ärztlicherseits läßt die Vertrauensbeziehung ein Abtasten der für den Patienten zumutbaren Eigenleistungen zu, und patientenseitig kann die Beziehung als Grundlage für eigenverantwortliches Handeln angenommen werden.

Bei dem abschließenden Schritt einer gemeinsamen Konzeptbesprechung kann wechselseitig wahrgenommen werden, wie sich der Patient als aktives Individuum erlebt und Vertrauen zu sich selbst aufbaut. Diese Vertrauensbeziehung zu sich selbst macht den Patienten handlungs- und entscheidungsfähig; sie bedeutet zugleich den beginnenden Abbau der Beratungsbedürftigkeit.

Teil VI A N H A N G

LITERATURANMERKUNGEN

1 Eduard Seidler,Stichwort:Arzt,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Hrsg.E.Seidler,Freiburg i.Breisgau 1979,S.41

2 Matthäus 9,12;Markus 2,17;Lukas 5,31

3 Eduard Seidler,Probleme d.Tradition,in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1975,S.47

4 Karl-Eduard Rothschuh,Prinzipien d.Medizin, München-Berlin 1965,S.8+9

5 l.c.,S.14

6 Heinrich Schipperges,Stichwort:Patient,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Hrsg.E.Seidler, Freiburg i.Breisgau 1979,S.239

7 l.c.

8 Heinrich Schipperges,Die Sprache des Arztes, Stuttgart 1976

9 Viktor-Emil Freiherr von Gebsattel,Zur Sinnstruktur d. ärztlichen Handlung,in:Was ist Krankheit?, Hrsg.K.E.Rothschuh,Darmstadt 1975,S.247

10 l.c.,S.248

11 Eduard Seidler,Stichwort:Arzt,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Hrsg.E.Seidler,Freiburg i.Breisgau 1979,S.40

12 hier zitiert nach:Fritz Hartmann,Krankheitsgeschichte u.Krankengeschichte,in:Marburger Sitzungsberichte 1966, Bd.87,Heft 2,S.28

13 Arthur Jores,Um eine Medizin von morgen,Bern u. Stuttgart 1969,S.125

14 Karl-Eduard Rothschuh,Der Krankheitsbegriff,in:Was ist Krankheit?,Hrsg.K.E.Rothschuh,Darmstadt 1975,S.398

15 l.c.,S.414

16 Heinrich Schipperges,Die Sprache des Arztes,Stuttgart 1976,S.10

17 Eduard Seidler,Stichwort:Medizin,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Freiburg i.Breisgau 1979,S.193

18 Eduard Seidler,Traditionelle Riten der Interaktion,in: Interaktion,Krankheit u.Heilung als zwischenmenschliches Geschehen,Hrsg.H.K.Rose,H.Buggle,Editiones "Roche",Grenzach 1972,S.20

19 Asmus Finzen,Arzt,Patient u.Gesellschaft,Stuttgart 1969, S.VII

20 l.c.,S.17-67

21 Henry E.Sigerist,Die Heilkunst im Dienste d.Menschheit, Stuttgart 1954,S.84

22 Helmut Siefert,Der hippokratische Eid - und wir?, Frankfurt 1973

23 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969, S.33-39

24 Henry E.Sigerist,Die Heilkunst im Dienste d.Menschheit, Stuttgart 1954,S.89

25 l.c.,S.30

26 Fridolf Kudlien,Der Beginn des medizinischen Denkens bei den Griechen,Zürich 1967

27 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969,S.29

28 Eduard Seidler,Probleme der Tradition,in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1975,Bd.I,S.51

29 Lukas 10,37

30 Matthäus 19,18;Matthäus 22,39;Lukas 10,27

31 Matthäus 25,40

32 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969,S.54

33 Adelgundis Führkötter,Hildegard v.Bingen,Briefwechsel, Salzburg 1965,S.20

34 Eduard Seidler,Probleme der Tradition,in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1975,Bd.I,S.52

35 Henry E.Sigerist,Die Heilkunde im Dienste d.Menschheit, Stuttgart 1954,S.94

36 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969,S.75

37 l.c.,S.94

38 Heinrich Schipperges,Stichwort:Patient,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Hrsg.E.Seidler,Freiburg i.Breisgau 1979,S.239

39 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969,S.117

40 Heinrich Schipperges,Stichwort:Patient,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Hrsg.E.Seidler,Freiburg i.Breisgau 1979,S.239

41 Eduard Seidler,Probleme der Tradition,in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1975,Bd.I,S.59

42 Henry E.Sigerist,Die Heilkunde im Dienste d.Menschheit, Stuttgart 1954,S.69

43 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969, S.126-128

44 Eduard Seidler,Geschichte der Pflege des kranken Menschen,Stuttgart 1966,S.141

45 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969,S.131

46 Hans-Ulrich Deppe u.Michael Regus (Hrsg.):Medizin,Gesellschaft,Geschichte,Frankfurt 1975,S.175/176

47 l.c.,S.191

48 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969,S.132

49 Eduard Seidler,Traditionelle Riten der Interaktion,in: Interaktion,Krankheit und Heilung als zwischenmenschliches Geschehen,Hrsg.H.K.Rose,H.Buggle,Editiones "Roche",Grenzach 1972,S.22

50 Karl Stoevesandt,Arzt und Patient,in:Medizin I,Hrsg. F.Hartmann,J.Linzbach,R.Nissen,H.Schaefer,Frankfurt 1959(1968),S.67

51 Dietlinde Goltz,Krankheit und Sprache,in:Sudhoffs Archiv 53,1969,S.225-269

52 Paul Lüth,Sprechende und stumme Medizin,Frankfurt-New York 1974,S.28

53 Asmus Finzen,Arzt,Patient und Gesellschaft,Stuttgart 1969,S.93ff.

54 Franz-Xaver Kaufmann,Sicherheit als soziologisches u. sozialpolitisches Problem,Stuttgart 1973,S.50

55 l.c.,S.341

56 Peter Volk,Stichwort:Versicherungswesen,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Hrsg.E.Seidler,Freiburg i.Breisgau 1979,S.343

57 Eduard Seidler,Probleme der Tradition,in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1975,Bd.I,S.58

58 Peter Volk,Stichwort:Versicherungswesen,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Hrsg.E.Seidler,Freiburg i.Breisgau 1979,S.345

59 l.c.,S.344 sowie Barbara von Renthe-Fink,Stichwort: Versicherungsmedizin,in:Medizin I,Hrsg.F.Hartmann, J.Linzbach,R.Nissen,H.Schaefer,Frankfurt 1959(1968), S.338

60 Florian Tennstedt,Sozialgeschichte d.Sozialversicherung, in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P.Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.385-492, hier S.386

61 l.c.,S.385

62 l.c.,S.386-388

63 Peter Volk,Stichwort:Versicherungswesen,in:Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Hrsg.E.Seidler,Freiburg i.Breisgau 1979,S.348

64 Christian von Ferber,zitiert nach Florian Tennstedt, Sozialgeschichte d.Sozialversicherung,in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.423-424

65 Franz-Xaver Kaufmann,Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem,Stuttgart 1973,S.341

66 l.c.,S.341/342

67 l.c.,S.342

68 Christian von Ferber,Medizin und Sozialstruktur,in: Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P.Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1975,Bd.I,S.271

69 Florian Tennstedt,Sozialgeschichte d.Sozialversicherung, in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P.Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.456

70 Horst Baier,Medizin im Sozialstaat,Stuttgart 1978,S.35

71 Stefan Kirchberger,Anspruchsverhalten und Neurose,in: Zeitschrift für Sozialreform,Wiesbaden 1982,S.65-89, S.151-159,S.215-234;sowie Wolfgang Heine u.Stefan Kirchberger,Ein Nachtrag,l.c.,S.409-430

72 l.c.,S.88,Fußnote

73 Horst Baier,Medizin im Sozialstaat,Stuttgart 1978,S.36

74 Annemarie Dührssen,Beilage zum Geschäftsbericht 1969 d. Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin,S.III

75 zitiert nach Horst Baier,Medizin im Sozialstaat, Stuttgart 1978,S.36

76 Horst Baier,Medizin im Sozialstaat,Stuttgart 1978, S.36+44

77 l.c.,S.11-12 sowie S.37ff.

78 l.c.,S.156

79 l.c.,S.42

80 Talcott Parsons,Struktur u.Funktion d.modernen Medizin, in:Probleme d.Medizinsoziologie,Hrsg.René König und Margret Tönnesmann,Köln u.Opladen 1970,S.10-57(S.20)

81 l.c.,S.25

82 l.c.,S.17

83 l.c.,S.22

84 Gerhard Mackenroth,hier zitiert nach René König, Strukturwandlungen unserer Gesellschaft u.einige Auswirkungen auf die Krankenversicherung,in:Probleme der Medizinsoziologie,Hrsg.R.König u.M.Tönnesmann,Köln und Opladen 1970,S.115-133,hier S.116

85 Hans Achinger,Soziologie u.Sozialreform,Verhandlungen des 14.Deutschen Soziologentages in Berlin,in:Deutsche Gesellschaft f.Soziologie,Stuttgart 1959,S.39-52

86 Franz-Xaver Kaufmann,Sicherheit als soziologisches u. sozialpolitisches Problem,Stuttgart 1973,S.252+254

87 René König,Strukturwandlungen unserer Gesellschaft u. einige Auswirkungen auf die Krankenversicherung,in: Probleme d.Medizinsoziologie,Hrsg.R.König u.M.Tönnesmann, Köln u.Opladen 1970,S.117

88 l.c.,S.123

89 l.c.,S.128

90 Christian von Ferber,Vom Nutzen der Soziologie f.d. Medizin,in:Arbeitsmedizin,Sozialmedizin,Arbeitshygiene, Stuttgart 1970,Heft 8,S.213-217

91 l.c.

92 Florian Tennstedt,Sozialgeschichte d.Sozialversicherung, in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P.Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.394

93 Karl Kohlhausen,Vertrauensärztlicher Dienst,in:Hdb.d. Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.559

94 Florian Tennstedt,Sozialgeschichte d.Sozialversicherung, in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P.Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.391-394

95 l.c.,S.392

96 l.c.,S.392

97 l.c.,S.393

98 l.c.,S.393

99 l.c.,S.394

100 Manfred Bauer,Psychotherapeutische Versorgung,in:Hdb.d. Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.288

101 l.c.,S.286

102 Annemarie Dührssen,Psychiatrische Aspekte zur Familiensoziologie,in:Kölner Zeitschrift f.Soziologie u.Sozialpsychologie,Hrsg.R.König,Köln u.Opladen 1970,S.235-256

103 Florian Tennstedt,Sozialgeschichte d.Sozialversicherung, in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P.Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.388,429, 451

104 l.c.,S.385-492

105 Karl Kohlhausen,Vertrauensärztlicher Dienst,in:Hdb.d. Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker, H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.558

106 Hero Silomon,Sozialmedizin,Sankt Augustin 1978,S.138

107 Florian Tennstedt,Sozialgeschichte d.Sozialversicherung, in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P.Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.474

108 Hero Silomon,Sozialmedizin,Sankt Augustin 1978,S.138

109 Florian Tennstedt,Sozialgeschichte d.Sozialversicherung, in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P,Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.474 und: Karl Kohlhausen,Vertrauensärztlicher Dienst,l.c.,S.562 u.S.570

110 Hero Silomon,Sozialmedizin,Sankt Augustin 1978,S.138

111 Karl Kohlhausen,Weiterentwicklung sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit?,in:Öffentliches Gesundheitswesen,38(1976)S.424-430

112 l.c.

113 Hero Silomon,Sozialärztliche Dienste - sozialmedizinischer Dienst,in:Sozialmedizin,Eine Einführung für Sozialversicherungsfachleute,Sankt Augustin 1978,S.144

114 Hero Silomon,Sozialmedizin u.Gesundheitspolitik, Krankenversicherung u.Ärzteschaft,in:Hdb.d.Sozialmedizin, Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber,K.P.Kisker,H.Schaefer, Stuttgart 1976,Bd.III,S.551

115 l.c.,S.554

116 Günther Schmeling,Sozialgesetzbuch,Allgemeiner Teil, Textausgabe mit einer Einführung,Darmstadt 1977,S.5

117 l.c.,S.7

118 l.c.,S.7

119 l.c.,S.9

120 l.c.,S.9

121 l.c.,S.11+12

122 l.c.,S.19-23

123 Peter Krause,Das Sozialrechtsverhältnis,in:Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsverbandes,Kassel 1979,S.13

124 l.c.,S.18

125 l.c.,S.41/42

126 Christian von Ferber,Soziale Distanz zwischen Versicherten u.Krankenkasse,in:WIDO-Materialien,Bd.4,Teil 2,1979

127 Georg Wannagat,Das Sozialrechtsverhältnis,in:Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsverbandes,Kassel 1979, S.10+11

128 Helmut Narr,Ärztliches Berufsrecht,Stuttgart 1973,S.2

129 zitiert nach K.Kohlhausen,Vertrauensärztlicher Dienst, in:Hdb.d.Sozialmedizin,Hrsg.M.Blohmke,Chr.v.Ferber, K.P.Kisker,H.Schaefer,Stuttgart 1976,Bd.III,S.573

130 Eliot Freidson,Der Ärztestand,Stuttgart 1979

131 Thomas Ehrensperger,Integration von allgemeiner Medizin u.Psychotherapie - Ein Modell der ganzheitlichen Medizin,in:Integrierte Psychosomatische Medizin,Hrsg.Thure v.Uexküll,Stuttgart-New York 1981,S.57-71 (hier S.61)

132 H.-G.Rechenberger,Kurzpsychotherapie in der ärztlichen Praxis,München 1974,S.30

133 l.c.,S.30 sowie
Thomas Ehrensperger,Integration von allgemeiner Medizin u.Psychotherapie - Ein Modell der ganzheitlichen Medizin,S.57-71 sowie
Ch.Binswanger,Die patientenorientierte Medizin in der internistischen Praxis - Idee,Durchführung,Schwierigkeiten,S.73-83,in:Integrierte Psychosomatische Medizin, Hrsg.Thure v.Uexküll,Stuttgart-New York 1981

134 Michael Balint,Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Stuttgart 1975

135 Wolfgang Loch,Anmerkungen zur Einführung und Begründung der "Flash"-Technik als Sprechstunden-Psychotherapie,in: Fünf Minuten pro Patient,Hrsg.E.Balint u.J.S.Norell, Frankfurt 1975,S.8

136 Karlheinz Engelhardt,Alfred Wirth,Lothar Kindermann, Kranke im Krankenhaus,Stuttgart 1973

137 Karl Jaspers,Wesen und Kritik der Psychotherapie, München 1955,S.45

138 Fritz Hartmann,Klinik der Gegenwart,Bd.III,S.025

139 Paul Lüth,Sprechende und stumme Medizin,Frankfurt-New York 1974

140 Lieselotte von Ferber,Die Verständigung zwischen Arzt und Patient,in:Der kranke Mensch in der Gesellschaft, Chr.u.L.v.Ferber,Hamburg 1978,S.108

141 Lieselotte von Ferber,Die Wirkungen der Diagnose in der Klinik,Zweites Wiesbadener Gespräch der DKD 1973,hier zitiert nach P.Lüth,Sprechende und stumme Medizin, Frankfurt-New York 1974,S.32

142 Michael Balint,Der Arzt,sein Patient und die Krankheit, Frankfurt u.Hamburg 1970

143 l.c.,S.120

144 Fritz Meerwein,Das ärztliche Gespräch,Bern-Stuttgart-Wien 1974,S.76

145 A.Reindell u.W.Kämmerer,Seminar zur Psychosomatik der Herz-Kreislauferkrankungen,Lindauer Psychotherapiewochen 1982(mündl.Mitteilung)

146 Fritz Meerwein,Das ärztliche Gespräch,Bern-Stuttgart-Wien 1974,S.81

147 Paul Lüth,Sprechende und stumme Medizin,Frankfurt-New York 1974,S.80

148 B.Luban-Plozza,W.Pöldinger,Der psychosomatisch Kranke in der Praxis,München 1973,S.139

149 C.R.Rogers,Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München 1973 und
R.Tausch,Gesprächspsychotherapie,Göttingen 1970

150 Karl Jaspers,Allgemeine Psychopathologie,Berlin-Heidelberg 1948

151 Paul Lüth,Sprechende und stumme Medizin,Frankfurt-New York 1974,S.144

152 zitiert nach:E.Luban-Plozza,W.Pöldinger,Der psychosomatisch Kranke in der Praxis,München 1973,S.130

153 l.c.,S.131

154 Fritz Hartmann,Klinik der Gegenwart,Bd.III,S.015-017

155 Fritz Meerwein,Das ärztliche Gespräch,Bern-Stuttgart-Wien 1974,S.72

156 l.c.,S.73

157 Harry S.Sullivan,Das psychotherapeutische Gespräch, Frankfurt 1976

158 Fritz Hartmann,Klinik der Gegenwart,Bd.III,S.004

159 Klaus Dörner,Interview u.Exploration,in:Der Nervenarzt, Jhrg.37(1)1966,S.18-25

160 Michael von Rad,Lübecker Psychotherapietage 1979 (mündliche Mitteilung)

161 Fritz Meerwein,Das ärztliche Gespräch,Bern-Stuttgart-Wien 1974,S.89

162 Annelise Heigl-Evers u.Franz Heigl,Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Eigenart u.Interventionsstil, in:Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u.Psychoanalyse 28(1982)S.160-175 hier:S.168+169

163 Johannes Cremerius,Archaische Urlaute,in:Praxis der Psychotherapie u.Psychosomatik,25(5),1980,S.223-236

164 Franz Heigl,Lindauer Psychotherapiewochen 1982, (mündliche Mitteilung)

165 S.Zepf,Funktionelle Syndrome u.ärztliches Gespräch,in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u.Psychoanalyse,18(2)1972,S.145-161,hier S.155

166 zitiert nach:Fritz Hartmann,Klinik der Gegenwart, Bd.III,S.026

167 zitiert nach Fritz Hartmann,l.c.,S.026

168 Paul Lüth,Sprechende und stumme Medizin,Frankfurt-New York 1964,S.103

169 S.Zepf,Funktionelle Syndrome u.ärztliches Gespräch,in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u.Psychoanalyse,18(2)1972,S.145-161,hier S.155

170 Annelise Heigl-Evers u.Franz Heigl,Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,in:Zeitschrift für Psychosomatische Medizin u.Psychoanalyse,28(2)1982,S.160-175, hier S.165

171 Fritz Meerwein,Das ärztliche Gespräch,Bern-Stuttgart-Wien 1974,S.95

172 zitiert nach B.Luban-Plozza,W.Pöldinger,Der psychosomatisch Kranke in der Praxis,München 1973,S.133

173 Fritz Meerwein,Das ärztliche Gespräch,Bern-Stuttgart-Wien 1974,S.96

174 Pedro Lain Entralgo,Arzt und Patient,München 1969,S.150

VERZEICHNIS DER BENUTZTEN LITERATUR

ACHINGER,H.
Soziologie und Sozialreform,in:Soziologie und moderne Gesellschaft,Verhandlungen des 14. Deutschen Soziologentages, Stuttgart 1959,S.39-52

ALEXANDER,F.
Psychosomatische Wechselbeziehungen,in:K.E.Rothschuh(Hrsg.): Was ist Krankheit?,Darmstadt 1975,S.256-271

BAIER,H.
Medizin im Sozialstaat,Stuttgart 1978

BAIER,H.
Herrschaft im Sozialstaat,in:Chr.von Ferber,F.-X.Kaufmann (Hrsg.):Soziologie und Sozialpolitik,Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,Opladen 1977(19),S.128-142

BALINT,E. und NORELL,J.S.
Fünf Minuten pro Patient,Frankfurt am Main 1975

BALINT,M.
Der Arzt,sein Patient und die Krankheit,Frankfurt am Main 1970

BITTER,W.
Der Verlust der Seele,Freiburg-Basel-Wien 1969

BLOHMKE,M. und SCHAEFER,H.(Hrsg.)
Erfolge und Grenzen der modernen Medizin,Frankfurt 1966

BLOHMKE,M. et al.(Hrsg.)
Handbuch der Sozialmedizin,Bd.I-III,Stuttgart 1975-1977

Bremer Diskussionen über gesundheitliche Primärversorgung: Vom Hausarzt zum Gesundheitsteam?,in:Deutsches Ärzteblatt (11)1979,S.687-691

BUNDESVERBAND DER ORTSKRANKENKASSEN
Aufgabenbeschreibung für Fachkräfte der Rehabilitation und des Sozialen Dienstes,Bonn 1982

DECKSTEIN,F.
Weiterentwicklung Sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit?, in:Öffentliches Gesundheitswesen,Stuttgart 1976(38),S.531-535

DEPPE,H.-U. und REGUS,M.(Hrsg.)
Seminar:Medizin,Gesellschaft,Geschichte,Frankfurt am Main 1975

DKI,Deutsches Krankenhausinstitut - Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf,Effektivitätsmessung und Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen,Düsseldorf 1981

DÖRNER,K.
Interview und Exploration,in:Der Nervenarzt,1(37)1966,S.18-25

DÜHRSSEN,A.
Psychiatrische Aspekte zur Familiensoziologie,Probleme der Medizinsoziologie in:R.König(Hrsg.),Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,Köln und Opladen 1970, Sonderheft 3,S.235-256

DÜHRSSEN,A.
Das Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, Beilage zum Geschäftsbericht 1969 der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin

ELHARDT,S.
Tiefenpsychologie,Eine Einführung,Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1976

ENGELHARDT,K. et al.
Kranke im Krankenhaus,Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin,Stuttgart 1973

FEIEREIS,H.
Beurteilung von Heilverfahren aus klinischer,gerichtsärztlicher und psychosomatischer Sicht,in:Öffentliches Gesundheitswesen,Stuttgart 1977(39),S.203-213

von FERBER,Chr. und L.
Der kranke Mensch in der Gesellschaft,Hamburg 1978

von FERBER,Chr.
Gesundheitsvorsorge im Sozialrecht,in:Im Dienst des Sozialrechts,Festschrift für G.Wannagat,Köln-Berlin-Bonn-München 1981,S.97-113

von FERBER,Chr.
Gibt es ein sozialstaatliches Recht auf Gesundheit?in:Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit,1.Jhrg., 1970/71,S.104-119

von FERBER,Chr.
Soziale Distanz zwischen Versicherten und Krankenkasse - Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge im Rahmen der Krankenversicherung,in:WIDO-Materialien,Bd.IV,Teil 2,1979

von FERBER,Chr.
Soziologie und Sozialpolitik in:R.König(Hrsg.),Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,Köln u.Opladen 1977,S.11-34

von FERBER,Chr.
Vom Nutzen der Soziologie für die Medizin,in:Arbeitsmedizin, Sozialmedizin,Arbeitshygiene (ASA),Stuttgart 1970,5.Jhrg., Heft 8,S.213-217

von FERBER,Chr.
Weiterentwicklung Sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit?, in:Öffentliches Gesundheitswesen,Stuttgart 1976(38),S.437-445

FINKE,J.
Prinzipien und Indikationen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie in:Neurol.Psychiat.1.1(1976)

FINZEN,A.
Arzt,Patient und Gesellschaft,in:K.-E.Rothschuh(Hrsg.), Medizin in Geschichte und Kultur,Bd.10,Stuttgart 1969

FREIDSON,E.
Der Ärztestand,Stuttgart 1979

FÜHRKÖTTER,A.
Hildegard von Bingen,Briefwechsel,Salzburg 1965

von GEBSATTEL,V.-E.Frh.
Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung,in:K.-E.Rothschuh (Hrsg.):Was ist Krankheit?,Darmstadt 1975,S.233-255

GOLTZ,D.
Krankheit und Sprache,in:Sudhoffs Archiv 53,1969,S.225-269

GROSS,P. und BADURA,B.
Sozialpolitik und Soziale Dienste:Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen,in:Chr.v.Ferber, F.-X.Kaufmann(Hrsg.),Soziologie und Sozialpolitik,Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,Köln u. Opladen 1977,Sonderheft 19,S.361-385

HÄBERLE,P.
Das Verwaltungsrechtsverhältnis in:Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsverbandes,Bd.XVIII,Kassel 1979, S.60-112

HARTMANN,F.
Die Anamnese,Teil I,in:Klinik der Gegenwart,Bd.III(1965), S.001-028

HARTMANN,F.
Einleitung in das Studium der Heilkunde,München-Berlin-Wien 1976

HARTMANN,F.
Krankheitsgeschichte und Krankengeschichte,in:Marburger Sitzungsberichte,Bd.87(1966),Heft 2,S.17-32

HARTMANN,F.
Wandel und Bestand in der Heilkunde I(Materialien zur Geschichte der Medizin für Studenten),München-Wien-Baltimore 1977

HARTMANN,F. et al.(Hrsg.):
Medizin I,Frankfurt 1959(1968)

HEIGL-EVERS,A. und HEIGL,F.
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Eigenart und Interventionsstil - in:Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse,Göttingen-Zürich 1982(28)Heft 2, S.160-175

HEIGL-EVERS,A. und HEIGL,F.
Zum interaktionellen Prinzip der Psychotherapie,Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt,1980,Heft 4,S.234-238

HONDRICH,K.O.
Soziologische Theorieansätze und ihre Relevanz für die Sozialpolitik,in:Chr.v.Ferber,F.-X.Kaufmann(Hrsg.),Soziologie und Sozialpolitik,Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,Köln-Opladen 1977,Sonderheft 19,S.213-231

ILLICH,I.
Die Nemesis der Medizin,Hamburg 1981

JASPERS,K.
Allgemeine Psychopathologie,Berlin-Heidelberg 1948

JASPERS,K.
Wesen und Kritik der Psychotherapie,München 1955

JORES,A.
Der Mensch und seine Krankheit,Stuttgart 1956

JORES,A.
Die Medizin in der Krise unserer Zeit,Bern u.Stuttgart 1961

JORES,A.
Menschsein als Auftrag,Bern-Stuttgart-Wien 1978

JORES,A.
Vom kranken Menschen,Stuttgart 1960

JORES,A.
Um eine Medizin von morgen,Bern u.Stuttgart 1969

KAUFMANN,F.-X.
Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem, Stuttgart 1973

KAUFMANN,F.-X.
Sozialpolitisches Erkenntnisinteresse und Soziologie,in: Chr.v.Ferber,F.-X.Kaufmann(Hrsg.),Soziologie und Sozialpolitik,Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln und Opladen 1977,Sonderheft 19,S.35-75

KIRCHBERGER,S.
Anspruchsverhalten und Neurose,in:Zeitschrift für Sozialreform,Wiesbaden 1982(28)Heft 2,S.65ff.,151ff.,215ff.,409ff.

KÖNIG,R.
Strukturwandlungen unserer Gesellschaft und einige Auswirkungen auf die Krankenversicherung,in:R.König u. M.Tönnesmann(Hrsg.),Probleme der Medizinsoziologie,Köln-Opladen 1970,Sonderheft 3,S.115-133

KOHLHAUSEN,K.
Weiterentwicklung sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit?, in:Öffentliches Gesundheitswesen,Stuttgart 1976(38),S.424-430

KRAUSE,P.
Das Sozialrechtsverhältnis,in:Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsverbandes,Bd.XVIII,Kassel 1979,S.12-49

KROEGER,M.
Themenzentrierte Seelsorge,Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1976

LAIN ENTRALGO,P.
Arzt und Patient,München 1969

LUBAN-PLOZZA,B. und PÖLDINGER,W.
Der psychosomatisch Kranke in der Praxis,München 1973

LÜTH,P.
Sprechende und stumme Medizin,Frankfurt/New York 1974

MEERWEIN,F.
Das ärztliche Gespräch,Bern-Stuttgart-Wien 1974

MITSCHERLICH,A.
Krankheit als Konflikt,Studien zur psychosomatischen Medizin 1,Frankfurt am Main 1978

MITSCHERLICH,A.
Krankheit als Konflikt,Studien zur psychosomatischen Medizin 2,Frankfurt am Main 1975

MITSCHERLICH,A.
Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit,Studien zur psychosomatischen Medizin 3,Frankfurt am Main 1977

MOEHR,I.R. und HAEHN,K.D.(Hrsg.)in:
Verdenstudie,Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen, Köln 1977

NARR,H.
Ärztliches Berufsrecht,Stuttgart 1973

PARSONS,T.
Struktur und Funktion der modernen Medizin,in:R.König und M.Tönnesmann(Hrsg.),Probleme der Medizinsoziologie,Köln-Opladen 1970,Sonderheft 3,S.10-57

PFLANZ,M.
Medizinsoziologie in:R.König(Hrsg.):Religion-Bildung-Medizin, Handbuch der empirischen Sozialforschung,Bd.14,Stuttgart 1979

PFAU,E.
Die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes,in:Das öffentliche Gesundheitswesen,Stuttgart 1981(43),S.650

PFAU,E.
Weiterentwicklung sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit? in:Öffentliches Gesundheitswesen,Stuttgart 1976(38),S.536-543

PREUSS,G.
Weiterentwicklung sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit? in:Öffentliches Gesundheitswesen,Stuttgart 1977(39),S.13-16

RECHENBERGER,H.-G.
Kurzpsychotherapie in der ärztlichen Praxis,München 1974

RITTER-RÖHR,D.(Hrsg.)
Der Arzt,sein Patient und die Gesellschaft,Frankfurt am Main 1975

ROTHSCHUH,K.-E.
Prinzipien der Medizin,München-Berlin 1965

ROTHSCHUH,K.-E.
Der Krankheitsbegriff,in:K.E.Rothschuh(Hrsg.):Was ist Krankheit?,Darmstadt 1975,S.397-420

SEIDLER,E.
Geschichte der Pflege des kranken Menschen,Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1966

SEIDLER,E.(Hrsg.)
Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe,Freiburg 1979

SENFTLEBEN,H.U.
Die Qualität ärztlicher Verrichtungen im ambulanten Versorgungsbereich,Köln 1980

SIEBECK,R.
Über seelische Krankheitsentstehung,in:R.Siebeck und V.v.Weizsäcker(Hrsg.),Schriftenreihe zur Deutschen Medizinischen Wochenschrift,Heft 3,Leipzig 1939

SIEFERT,H.
Der hippokratische Eid - und wir?,Frankfurt am Main 1979

SIGERIST,H.E.
Die Heilkunst im Dienste der Menschheit,Stuttgart 1954

SILOMON,H.
Der Aussagewert der kassenärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung,in:Der praktische Arzt,(16),Dortmund 1978

SILOMON,H.
Ergebnisse einer Umfrage über den Ist-Zustand der Ärztlichen Dienste verschiedener Sozialleistungsträger,in:Öffentliches Gesundheitswesen,Stuttgart 1976(38),S.452-454

SILOMON,H.(Hrsg.)
Sozialmedizin - Eine Einführung für Sozialversicherungsfachleute,St.Augustin 1978

SPORKEN,P.
Selbstbehauptung und Hingabe - ein unlösbares Problem?,in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt,Köln 1982,(35)Heft 3, S.201-204 u.Heft 4,S.290-294

SULLIVAN,H.S.
Das psychotherapeutische Gespräch,Frankfurt am Main 1976

SWERTZ,P.
Qualitätsbeurteilung - Qualitätskontrolle:Utopie oder Realität?,in:Arzt und Krankenhaus(1978)Nr.12,S.382-389

SCHADEWALDT,H.
Medicus politicus:Medizin zwischen Utopie und Realität,in: Deutsches Ärzteblatt,Heft 48(1973),S.3307-3338

SCHÄFER,D.
Das Sozialrechtsverhältnis aus der Sicht eines Ökonomen,in: Das Sozialrechtsverhältnis,Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsverbandes,Bd.XVIII,Kassel 1979,S.113-120

SCHAEFER,H.
Mehr Effektivität durch mehr (Patienten-)Vertrauen,in: Medical Tribune,Nr.5,1981

SCHAEFER,H.(Hrsg.)
Umwelt und Gesundheit - Aspekte einer sozialen Medizin, Bd.1u.2,Frankfurt 1982

SCHARF,B.
Irren ist menschlich,in:Soziale Sicherheit,30.Jhrg.,1981, Heft 5,S.129ff.u.Heft 6,S.161ff.

SCHIPPERGES,H.
Die Sprache des Arztes,Stuttgart 1976

SCHIPPERGES,H.
Medizin und Umwelt,Heidelberg 1978

SCHIPPERGES,H.
Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte,Stuttgart 1970

SCHIPPERGES,H.(Hrsg.)
Ausbildung zum Arzt von morgen,Stuttgart 1971

SCHIPPERGES,H. et al.(Hrsg.)
Krankheit,Heilkunst,Heilung,Freiburg-München 1978

SCHMELING,G.
Sozialgesetzbuch Allg.Teil(SGBI),Textausgabe mit einer Einführung,Darmstadt 1977

STOLZE,H.
Der Therapeut,der Patient und die anderen,in:Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik,Berlin-Heidelberg-New York 1982(27),Heft 1,S.1-7

von UEXKÜLL,Th.(Hrsg.)
Integrierte Psychosomatische Medizin,Stuttgart-New York 1981

von UEXKÜLL,Th.
Was kann eine Spezialdisziplin 'Soziologische Medizin' für eine allgemeine Medizin leisten?,in:R.König u.M.Tönnesmann (Hrsg.),Probleme der Medizinsoziologie,Köln-Opladen 1970, Sonderheft 3,S.58-79

WALLNÖFER,H.
Psychosomatik - ein künftiger Schwerpunkt der Allgemeinpraxis,in:Ärztl.Praxis 22(1970),S.781-784

WANNAGAT,G.
Das Sozialrechtsverhältnis,Schriftenreihe des Deutschen Sozialgerichtsverbandes,Bd.XVIII,Kassel 1979

von WEIZSÄCKER,V.
Der Arzt und der Kranke,in:K.E.Rothschuh(Hrsg.):Was ist Krankheit?,Darmstadt 1975,S.214-232

von WEIZSÄCKER,V.
Fälle und Probleme,Stuttgart 1951

von WEIZSÄCKER,V.
Menschenführung,Göttingen 1970

von WEIZSÄCKER,V.
Über seelische Krankheitsentstehung,in:R.Siebeck und V.v.Weizsäcker(Hrsg.),Schriftenreihe zur Deutschen Medizinischen Wochenschrift,Leipzig 1939,Heft 3

ZEPF,S.
Funktionelle Syndrome und ärztliches Gespräch,in:Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse,Göttingen u.Zürich 1972(18),Heft 2,S.145-161

Musterblatt eines Kurzprotokolls

Fall-Nr. 01234

Familienstand	verwitwet
Arbeitsverhältnis	Ø
Versicherungsverhältnis	AOK Rentnerin
Nationalität	D
Erstkontakt bzw. erste Problemformulierung durch	Krankenkassenmitarbeiter
Vorgetragenes Problem	Patientenbeschwerde nach Operation in Universitätsklinik
Wessen Problem wird vorgetragen?	Patientin (und Mitarbeiter d.Krankenkasse)
Beobachtete Problemüberlagerungen	Überforderung des Kassenmitarbeiters bei vorgebrachter Patientenbeschwerde über ärztl. Behandlung
Bearbeitetes Problem	Widerstand und Angst der Patientin gegenüber bestehender Krankheit und altersbedingter Behinderung
Vorherige Anlaufstellen	Klinikleiter u.Krankenpfleger d.Uni-Klinik, andere Kliniken, Facharzt sowie Hausarzt
Ursachen für bisheriges Scheitern von Lösungsversuchen	Problemkumulation; sowohl Krankenkassenmitarbeiter wie Ärzte fühlen sich nicht zuständig für die Gesamtproblematik bei der Patientin
Lösungsversuch	Gespräch (mit Pat.u.deren Tochter) über Alterungs- und Isolierungsprobleme; Möglichkeiten einer Veränderung innerhalb der familiären Versorgung
Zusätzlich angestrebte Kontakte zur Problemlösung	Neben Einzel- und Fam.-gesprächen mit Pat. und deren Tochter Kontakte zu Uni-Klinik, Hausarzt und Facharzt
Vom Patienten nach Beratung eingegangene Kontakte	unbekannt
Kommentare und Verlauf	Zur Zeit Mütterkur über Caritas; Mitteilung vom Kassenmitarbeiter: Pat.habe aufgehört zu "streiten".

Lebenslauf

Als einziges Kind der Eheleute Lübbo Gerhard Tyedmers und seiner Ehefrau Gretchen Gesine geb. Sandersfeld wurde ich am 4. Mai 1932 in Delmenhorst geboren.

Nachdem meine Eltern 1936 mit mir nach Bremen übergesiedelt waren, besuchte ich dort von 1938-1942 die Volksschule. Die gymnasialen Schuljahre folgten von 1942-1952; in dieser Zeit besuchte ich an verschiedenen Orten mehrere höhere Schulen, bis ich am 6. März 1952 am Neusprachlichen Gymnasium in Bad Oeynhausen die Reifeprüfung bestand.

Um mich zur technischen Assistentin für Physik ausbilden zu lassen, besuchte ich für ein Jahr die Physikalisch-technische Lehranstalt in Lübeck-Schlutup. Während eines Praktikums am Deutschen Hydrographischen Institut in Hamburg entschloß ich mich zum Hochschulstudium; ich begann im Sommersemester 1953 in Hamburg mit dem Studium der Medizin. An der Philipps Universität in Marburg studierte ich von 1954-1956; dort bestand ich am 26. Oktober 1955 das Physikum. Vom Sommersemester 1956 bis einschließlich Sommersemester 1957 setzte ich mein Studium an der Universität in Hamburg fort. Während der beiden letzten Semester war ich an der Universität München eingeschrieben, wo ich meine Studienzeit am 6. März 1959 mit dem Staatsexamen beendete.

Entsprechend den Bestimmungen leistete ich von 1959-1961 meine Medizinalassistentenzeit an Münchener und Essener Kliniken, bis ich am 31. Mai 1961 die Approbation erhielt.

Am 9. Juli 1960 habe ich geheiratet. Die beiden Kinder dieser Ehe wurden 1962 und 1963 geboren. Im Dezember 1979 hat mein Mann sich von mir und den Kindern getrennt; die Ehe wird in Kürze geschieden sein.

Auf Anregung eines Kollegen begann ich im Januar 1967 als freie Mitarbeiterin beim Vertrauensärztlichen Dienst. Nach einigem Bedenken folgte ich im Juni 1970 dem Angebot, bei der AOK als beratende Ärztin im freien Mitarbeiterverhältnis tätig zu werden. Diese Beschäftigung ging 1974 in ein Angestelltenverhältnis über. Durch die Volkshochschule war ich außerdem von 1973-1982 mit der Vermittlung des Autogenen Trainings betraut.

Es ist mein Wunsch, mich weiterhin psychosozialen Aufgaben in der Medizin zu widmen.

Druck und Verarbeitung: copy shop, darmstadt, tel. 21353